DU CURETTAGE

DANS

LES ACCIDENTS DES SUITES DE COUCHES

DU CURETTAGE

DANS

LES ACCIDENTS DES SUITES DE COUCHES

PAR

Le Docteur René MARMASSE

Ancien interne des hôpitaux de Paris
et de la Maternité de l'hôpital Beaujon
Médaille de bronze de l'Assistance publique
Membre correspondant de la Société anatomique





PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

INTRODUCTION

Il semble vraiment, que c'est faire un anachronisme, de parler d'infection puerpérale, à une époque, où presque toute la discussion chirurgicale porte sur la préférence à accorder aux méthodes antiseptiques ou aseptiques. Le perfectionnement des procédés opératoires, les recommandations faites aux aides, le « grand luxe réclamé par l'obstétrique » (1), tout cela a donc été stérile ? heureusement il n'en est rien, et s'il n'est pas indispensable de multiplier et d'exagérer les précautions, ici cependant le mieux reste l'ami du bien.

Les cas de septicémie puerperale deviennent rares, de ceci tout le monde est convaincu ; il n'y a pour affirmer sa foi qu'à prendre connaissance de statistiques publiées dans les grandes maternités. Celle de la clinique de la rue d'Assas est particulièrement intéressante ; elle est d'ailleurs scrupuleusement exacte. M. le professeur Tarnier (2), après, avoir insisté sur l'intégralité des cas, ajouté : « à côté de la mortalité, il faut aussi tenir grand compte du chiffre de la morbidité, car aujourd'hui que la mortalité est minime, la morbidité indique peut-être encore mieux l'état sanitaire d'un service ».

C'est à limiter les cas de morbidité, à supprimer les quelques rares cas de mortalité par infection, que tendent tous

(1) J. L. Championnière. *Application de la méthode antiseptique aux accouchements* 1891.

(2) S. Tarnier. *De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique*, 1894.

les procédés nouveaux ou renouvelés de la pratique chirurgicale et obstétricale.

Malheureusement, en dehors de l'organisation hospitalière, dans les milieux pauvres et à la campagne, si les soins sont quelquefois suffisants pour les cas simples, la moindre complication demande un surcroît de peines et d'attentions, sur lesquelles on ne peut guère compter. Le cas est encore plus grave dans certaines contrées, où l'obstétrique n'a pour représentants, que des matrones, qui n'ont « aucun titre légal, aucune science particulière, dont la seule recommandation est d'avoir été mère un bon nombre de fois » (1). Et si malgré tout, la septicémie ne présente encore là que des cas isolés, c'est à la terreur sainte qu'ont les paturientes des manœuvres obstétricales qu'on le doit ; le résultat trop souvent néfaste des interventions même simples autorise leur défiance.

Il existe donc encore assez fréquemment des cas de septicémie puerpérale, qu'il importe de supprimer.

Combattre, c'est bien, mais avec quelles armes ? chaque époque a fourni les siennes et en a vanté la supériorité : il faut savoir choisir.

A plusieurs reprises, pendant le courant de l'année, que nous avons passée, comme interne, dans le service d'accouchements de l'hôpital Beaujon, nous avons vu M. Ribemont, notre maître, se poser cette question ; en face d'un cas d'infection utérine que faire ? que faire aujourd'hui ? que faire demain ? Dans ces situations, chacun agit au mieux ; on suit moins des règles établies qu'on ne formule des impressions personnelles.

(1) Denis. *Du curettage précoce dans l'infection puerpérale. Observations prises dans la clientèle rurale.* Th. Paris, 1894.

C'est dans le but de préciser un peu la question, que nous avons entrepris, sur le conseil de M. Ribemont, d'exposer à nouveau les indications du curettage puerpéral.

Il fallait cependant renfermer notre travail dans des limites plus restreintes, aussi n'étudierons-nous le curettage que dans son application aux suites de l'accouchement à terme ou prématuré, et nous laisserons de côté les rétentions placentaires.

De ces restrictions voici les raisons principales : dans les suites de l'avortement, les indications du curettage sont admises à peu près dans les mêmes termes par tous les accoucheurs ; la question ne présente aucun intérêt nouveau ; nous ne pouvons nous y arrêter.

La rétention placentaire après l'accouchement à terme, a des indications analogues à celles de la rétention post-abortive ; la délivrance artificielle manuelle a d'ailleurs singulièrement restreint le rôle du curettage dans ces cas.

Reste donc à étudier l'emploi de la curette dans la septicémie puerpérale, la rétention des membranes, les hémorrhagies des suites de couches.

Les observations que nous apportons à l'appui de notre thèse, sont les unes personnelles, elles ont été la cause première du sujet de ce travail. Parmi les autres, un certain nombre d'inédites ont été mises gracieusement à notre disposition par M. le professeur Tarnier.

Nous avons réuni à la suite un assez grand nombre de faits empruntés çà et là, leur réunion facilite la comparaison et permet de juger de l'excellence de la méthode, puisqu'elle a fait ses preuves dans des conditions si différentes de milieux.

Nous aurions désiré offrir à nos maîtres une œuvre plus parfaite ; nous espérons pourtant qu'ils y retrouveront un

peu de ce qu'ils nous ont appris à aimer : l'exactitude dans les mots et dans les faits.

Nous conservons de nos années d'hôpital, un souvenir de profonde reconnaissance, pour les maîtres, qui nous ont offert et donné surabondamment leur dévouement et leur science. Nous sommes heureux de pouvoir leur rendre publiquement cet hommage que leur bienveillant accueil a fait autant pour nous, que leur excellent enseignement.

A MM. le professeur Duplay, Duguet, H. Martin, Muselier, Routier, Prengrueber, Polaillon, Poirier, Lejars, nous adressons ici nos remerciements.

Nous ne saurions oublier que M. le professeur Guyon, M. Descroizilles, ont bien voulu nous autoriser à faire un stage dans leur service.

Que M. le docteur Michaux veuille bien accepter l'assurance de notre gratitude, pour les preuves fréquentes d'intérêt, dont il nous a fait l'objet.

Nos études de micrographie ont été faites sous la direction de ces deux maîtres éminents, qui sont M. le docteur Gombault et M. le docteur Roux, chef de service à l'Institut Pasteur.

M. le professeur Bouchard nous a prodigué à une époque critique, les conseils que sa profonde expérience et son inépuisable bonté lui dictaient. Maître bien aimé, il sait prendre sur ceux qui l'approchent un ascendant irrésistible. Nous ne saurions que nous féliciter d'être d'ailleurs en fort belle compagnie.

M. le professeur Le Fort nous accorda l'entrée de son service de la Pitié (Internat 1892). La mort, en le terrassant, a fait s'élever de toutes parts, les regrets, que sa sympathie pour les jeunes lui a mérités.

C'est, lors de la nomination de M. le professeur Tillaux à la chaire de Clinique Chirurgicale, que nous nous trouvâmes

réaliser, d'une manière imprévue, notre rêve d'être son interne. Nous rendons plein hommage à la bienveillante attention, qu'il nous a toujours manifestée depuis et lui demandons ici de nous compter comme un de ses élèves les plus reconnaissants.

L'année suivante (Internat 1893), M. le professeur agrégé Troisier, nous admettait comme interne dans son beau service de Lariboisière. De compter les marques nombreuses d'intérêt qui nous ont été témoignées, les preuves très marquées d'indulgence que nous avons reçues, cela nous ferait presque espérer que nous n'en avons pas été trop indigne.

Nous avions désiré terminer notre internat près du maître si recherché, qu'est M. le docteur L. Championnière, nos projets ont du être modifiés : nous avons pu cependant jouir pendant quatre mois des leçons du maître et goûter les longues causeries, où il initie ses auditeurs aux secrets de la méthode listérienne. Peut-être trouvera-t-on que nous sommes devenu trop Listérien, nous aussi ?

En mars 1894 nous entrions à la maternité de Beaujon et M. le professeur agrégé Ribemont-Dessaignes, ouvrit à son interne, toutes grandes, les portes de son service. C'est là que nous avons puisé les matériaux de notre travail. Grâce à la plus large initiative nous avons pu y mener à bien nos études obstétricales. Que M. le docteur Ribemont accepte ce travail, comme le dernier ouvrage de l'ancienne maternité de Beaujon, et qu'il veuille bien y voir le témoignage de notre reconnaissance.

A M. le Professeur Tarnier

Sur la simple recommandation d'un de mes amis, votre élève, vous m'avez ouvert votre service ; mettant à ma dis-

position vos registres, vous m'avez laissé vous dépouiller. Tout cela fait simplement, pour être bon une fois de plus, vous me faites l'insigne honneur d'accepter la présidence de ma thèse.

J'aurais voulu pour vous remercier, mettre votre nom sur une œuvre digne de vous, je crains bien de n'y point être parvenu. Elle n'aura pour elle qu'une qualité, c'est d'être sincère à l'égal de ma reconnaissance.

A côté des maîtres célèbres, un grand nombre d'amis et de collègues m'ont apporté une aide journalière, dont je voudrais les remercier.

J'adresse particulièrement, à ceux que la communauté d'existence m'a tant fait apprécier, L. Debray et G. Pochon, le témoignage de ma bien vive affection.

CHAPITRE PREMIER

Historique de la méthode.

Le travail de Récamier, paru en 1846, dans les *Annales de Thérapeutique*, marque l'entrée, dans la pratique gynécologique, du curettage utérin.

Mais si l'auteur a prôné vigoureusement sa méthode, si comme les novateurs, il a eu de nombreux adversaires, la discussion sur l'emploi de la curette resta cantonnée aux faits de gynécologie pure. Récamier parle bien, dans un mémoire (*Union médicale* 1850) de nettoyer sans violence l'utérus, après la sortie de l'enfant, avec un gorgeret en cul-de-sac ; ce serait peut-être osé que de voir là l'indication du curettage dans les affections puerpérales.

Sous l'inspiration du créateur de la méthode, le curettage prit assez vite rang parmi les procédés usuels, puis à la suite de malheurs, imputables à l'ignorance absolue de l'antiseptie, on revint aux anciennes pratiques.

Les chirurgiens étrangers, surtout en Amérique, s'ingénièrent cependant à conserver le curettage et à étudier ses indications.

En 1871, nous le voyons, avec Noggerath, utilisé pour le traitement des accidents post-abortifs, rétentions placentaires, hémorrhagies, septicémie.

Il fallut encore près de quinze ans, pour que le curettage

devint définitivement un procédé obstétrical. Encore fut-il longtemps réservé aux suites de l'avortement.

Pendant toute cette période, c'est à l'étranger que se poursuivirent les essais et que se multiplièrent les observations.

Ce sont en Amérique Schenk (1878), Munde (1) qui apporte une statistique de 57 cas avec un seul décès, puis Macan (2). En même temps en Allemagne, Bœters, Fehling, Schwartz, Osterloch, et un peu plus tard Rabenau, Léopold, Veit, Dührssenn établissent les indications du curettage dans l'avortement ; il insistent, surtout Ploonies (1884), sur l'utilité du curage précoce.

Ce n'est qu'en 1886, que l'emploi de la curette dans les infections puerpérales fut proposé en France par M. Doléris (3). Dans de multiples revues, dans des communications répétées, il a successivement étudié l'emploi de la curette dans les suites de l'avortement et de l'accouchement.

Tandis que les précédents auteurs abandonnaient les suites de couches pathologiques aux injections vaginales et utérines, réservant la curette pour les accidents post-abortifs, M. Doléris et à sa suite la majorité des accoucheurs ont adopté le curage dans le traitement des métrites puerpérales ou tout au moins ont cessé de le répudier systématiquement.

En Amérique, Hartwig, Alloway, Hirst, Coe, curettent dans les endométrites puerpérales rebelles aux injections. Cette opinion a été magistralement soutenue par Warrington-Earle au congrès de Washington en 1887.

Chomolgovow de Moscou, Jerzykowski de Varsovie, et en

(1) Munde, *American Journal of obstetrics*, 1883.

(2) Macan, *Philadelphia medical news*, 1884.

(3) Doléris, *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1886 et seq.

même temps qu'eux, Martinow, Chazan, etc..., spécifient bien l'usage à faire de la curette après l'accouchement.

En Danemark, dès 1885, Krogelund préconisait l'association du curage, avec l'injection intrautérine d'une solution phéniquée à 5 0/0.

Les accoucheurs anglais très réservés sur l'emploi de la curette, l'admettent timidement, ce sont surtout : Priestley, Robert-Bell, Macdonald, Laurence, Wilson qui ont concouru à étendre la méthode et à régulariser les indications.

En Italie : Fasola de Florence, Morisani de Naples ; en Suisse : les deux Reverdin, Secretan, Vulliet se montrent partisans du curettage ; les observations des accoucheurs Suisses ont été présentées par leur compatriote Wisard (1).

Et en France ? Chez nous Doléris a combattu longtemps le bon combat ; pendant plusieurs années, il a fait sienne cette question ; un à un, il a recruté des partisans, jusqu'à ce que l'utilité de la méthode n'étant plus discutée, les auteurs se soient ingéniés à en spécifier et à en préciser les indications les thèses de Boureau (1887), de Despréaux (1888), de Chartier 1889 marquent cette époque.

Puis la discussion s'émousse, la lutte est plus calme ; les mémoires se multiplient, les observations sont cataloguées, groupées.

M. Doléris, dans les *Nouvelles Archives d'Obstétrique*, Bonnaire dans une revue très soignée (2), puis M. le Professeur Tarnier dans son ouvrage sur l'aseptie et l'antisepsie obstétricales, étudient la question, en font voir les faces multiples et surtout répandent les bons principes.

C'est dans ces dernières années que le mémoire de Charrier,

(1) Th. WISARD, Paris, 1888.
(2) BONNAIRE. *Semaine Médicale*, 1892.

les thèses de Castan, de Bruneau, de Denis, viennent étudier à nouveau le curage puerpéral, et font, chacune pour leur part, la mise au point de la question.

Quel est actuellement au sujet du curettage après l'accouchement le sentiment de la plupart des accoucheurs ?

La réponse à cette question sera mieux à sa place lorsque nous discuterons les indications.

Nous voulons simplement rappeler ici qu'à la société obstétricale de France, M. Rivière (de Bordeaux), ayant dans la séance du 5 avril 1893 formulé son opinion sur la valeur de la méthode, on a pu connaître l'avis d'un bon nombre d'accoucheurs; nous aurons occasion de donner en détail les opinions ci-formulées : elles ont de par l'autorité ses maîtres qui les ont exprimées, une importance majeure.

CHAPITRE II

Manuel opératoire

Le manuel opératoire du curettage est suffisamment connu, pour que nous nous croyions autorisé à passer brièvement sur la méthode habituelle. On nous permettra de présenter quelques variantes en usage dans certains services.

Voyons d'abord la technique usuelle, celle que nous avons vu employer maintes fois par nos maîtres, et que grâce à leur complaisance, nous avons pu expérimenter nous-même.

Préparation de la malade. — La malade, toutes les fois, que ce sera possible, aura dû subir la préparation habituelle aux interventions de quelque importance. Si son état l'a permis, on l'aura purgée la veille, ou tout au moins, on lui aura administré un lavement.

Elle doit être à jeûn, au moment de l'intervention.

Comme l'écrit Chartier, bien qu'il s'agisse d'une femme infectée, « les précautions antiseptiques ne doivent pas être négligées, et il faut bien savoir qu'on aura d'autant plus de chances de succès que l'antiseptie aura été plus scrupuleusement observée avant, pendant et après l'opération. »

Aussi dès que la malade est mise sur le lit d'opération, ou sur la table disposée à cet effet, le premier devoir de l'opérateur est-il de garantir l'antisepsie de la vulve et du vagin. Le chirurgien a préalablement assuré l'antisepsie de ses

mains. Nous n'avons pas l'habitude de raser la région pubienne, bien que cela soit recommandé par maints auteurs ; mais nous la lavons soigneusement ainsi que la partie supérieure et interne des cuisses au savon et à la brosse, puis nous l'irriguons avec une solution de sublimé à 1/1000.

Ceci fait, nous pratiquons l'antiseptie du vagin, comme nous l'avons toujours vu faire par notre maître M. le docteur Championnière.

Deux doigts largement enduits de savon mou, vont déplisser le vagin et frottent sur ses replis et dans les culs-de-sac, puis ayant placé une valve sur la paroi postérieure, nous continuons la friction savonneuse avec un fort tampon monté sur une pince vaginale, déplaçant notre valve pour que le vagin soit nettoyé dans toutes les parties. Un tampon monté comme le premier est alors trempé dans la solution phéniquée au 1/20, et porté dans le vagin. Grâce à une série d'immersions dans la solution phéniquée et à une série de passages dans le vagin, celui-ci est débarrassé du savon et, son état antiseptique est aussi parfait qu'on peut l'espérer ; les culs-de-sac sont l'objet d'une désinfection toute spéciale.

Ceci fait, nous lavons à nouveau nos mains, et les laissons séjourner pendant un temps suffisant dans une solution antiseptique.

Avant d'opérer, il convient encore de vérifier si l'instrumentation est suffisante, et lorsqu'on ne l'a pas fait soi-même, de s'assurer si toutes les règles de l'antiseptie ont été observées.

Instruments. — Il est facile de bien faire en limitant l'instrumentation ; il suffit de préparer les quelques pièces suivantes :

Deux valves ; au besoin on pourrait se contenter d'un spéculum ; une ou deux pinces érignes ; deux pinces à panse-

ment vaginal ; un jeu de bougies de Hégar, si on doit faire la dilatation extemporanée du col ; plusieurs curettes mousses et tranchantes.

Tous les instruments ont été flambés, ou mis dans une solution phéniquée bouillante, ils sont disposés à notre côté droit dans une cuvette contenant la solution forte d'acide phénique. Dans les milieux hospitaliers, on met, pour les stériliser, les instruments à l'étuve.

On aura également à portée, un appareil à injections, un bock de préférence muni d'une canule intra-utérine.

Dilatation. — Bien que cette partie de l'opération soit ici à peu près toujours inutile, nous tenons à la signaler. Sauf les cas où prévoyant un curettage-ultérieur, on a pu préparer la dilatation lentement avec des éponges ou des tiges de laminaire ; on a presque toujours à faire une dilatation rapide au moyen des bougies de Hégar. Elles peuvent d'autre part être utiles au cours de l'intervention pour dilater le col qui se referme sur la curette.

Opération. — La malade est dans le décubitus dorsal, dans la position dite de la taille, les cuisses maintenues fléchies et écartées par des aides ou à leur défaut, fixées par un appareil. Il est souvent beaucoup plus simple, de faire appuyer les pieds de la malade sur les genoux de l'opérateur.

Le chirurgien glisse d'abord un ou deux doigts de la main gauche, pour repérer et fixer le col, puis tenant de la droite, une pince érigne, il la glisse sur ses doigts gauches et accroche la lèvre antérieure du col. Une seconde pince menée de pareille façon, se fixe sur la lèvre postérieure.

Les doigts gauches sont retirés et par une traction lente et soutenue, l'opérateur amène l'orifice du col à la vulve.

Dans le cas où l'abaissement est impossible ou contre-indiqué, deux valves de Sims, ou un spéculum à grand développement permettent de voir le col.

Quand l'abaissement est produit, il suffit de conserver une pince érigne ; l'antérieure de préférence. On la place, à sa convenance, assez loin de l'orifice, avant de retirer la postérieure. La pince est bien fixée, un aide la saisit et la relève. A ce moment, on fait une injection vaginale et utérine si cela est possible et on jauge l'utérus à l'aide de l'hystéromètre.

Connaissant la capacité, la direction de l'utérus, il va être facile d'éviter les accidents. Il est bon de mettre et de maintenir sur l'abdomen la main gauche qui se rend compte du travail de l'instrument et juge de l'épaisseur des parois.

La curette tenue légèrement, est poussée dans la direction indiquée par l'examen hystérométrique; d'emblée elle est introduite au fond et ramenée vers le col en suivant le milieu de la face antérieure. Elle est reportée au fond et repasse sur la même ligne, jusqu'à ce que le grattage donne à la main une sensation rugueuse et que l'oreille perçoive ce bruit particulier qu'on appelle le cri-utérin. L'instrument suivant tout le pourtour de l'utérus recommence son travail et ne s'arrête que lorsque tout a été bien parcouru, que tout est bien rugueux, que tout a bien crié. Restent le fond et les cornes. Pour le fond. il faut incliner l'intrument à droite et à gauche pour être sûr de ne rien laisser d'inexploré ; la main gauche, main abdominale. est un bon guide et indique quand il faut s'arrêter. Pour le curage des cornes, il est bon de prendre un instrument de petites dimensions, qu'on fera tourner sur son axe, après l'avoir introduit vers l'un des angles ; puis on renouvelle la manœuvre de l'autre côté.

Pendant toutes ces manipulations, l'instrument a été sorti plusieurs fois de l'utérus, immergé dans une solution phéni-

quée où il s'est vidé des débris qui l'emplissaient ; il est bon de faire à ces moments des irrigations antiseptiques à l'intérieur de l'utérus.

Tout a été bien gratté, partout la curette détermine un cri, un frottement, elle revient vide ; on est en droit de croire l'opération terminée, une irrigation intra-utérine est faite avec une canule à double courant ou même une simple canule vaginale et ramène quelques débris détachés.

Suivant les cas nous avons agi ici de plusieurs façon. tantôt nous avons fait de grands lavages intra-utérins avec la solution iodo-iodurée à 1/100, tantôt fixant un petit tampon sur l'hystéromètre ou sur une pince, nous l'avons promené sur les parois utérines après l'avoir plongé dans la teinture d'iode ou dans la glycérine créosotée à 1 p. 5.

Prenant alors avec une pince à pansement, l'extrémité d'une longue lanière de gaze iodoformée, on l'introduit dans l'utérus et on pousse à la suite, jusqu'à ce que l'utérus soit rempli sans être tendu, à moins d'hémorrhagie. Cette lanière porte un long fil à son autre extrémité. Pinces et valves sont retirées, le vagin est alors tamponné très exactement à la gaze iodoformée et la vulve fermée par un gâteau d'ouate antiseptique, maintenu par un bandage en T.

Soins consécutifs. — La malade portée dans son lit, est laissée à la diète ; quelque boissons alcooliques, du champagne, un peu de glace, quelquefois un cachet de quinine constituent toute la médication habituelle. Le lendemain, ou s'il y a eu chute complète de la fièvre, le surlendemain, on renouvelle le pansement vaginal. Le 3e jour en moyenne, on retire le tamponnement utérin et on garde encore pendant près d'une semaine un pansement vaginal, renouvelé tous les

jours. En changeant le pansement, le médecin fait une large injection vaginale.

Telle est, dans ses grandes lignes, la conduite que nous ont appris à tenir nos maîtres dans les hôpitaux.

Mais il est une série de questions de détail qui peuvent embarrasser un débutant et sur lesquelles nous allons insister un peu.

De l'utilité de l'anesthésie. — « Ce curage, dit M. Terrillon dans ses leçons de clinique chirurgicale, semble au premier abord devoir provoquer de grandes douleurs, il n'en est rien cependant. La malade éprouve un agacement plutôt qu'une sensation douloureuse... aussi l'anesthésie n'est-elle pas toujours indispensable et on ne devra y avoir recours que chez les femmes pusillanimes ou chez lesquelles la douleur serait réellement vive (1). »

Le professeur Grynfeltt (de Montpellier), fait prendre à la malade, une demi-heure avant l'intervention, la potion suivante :

Sirop de morphine	40 grammes
Chloral	2 —

L'insensibilité produite serait très suffisante même chez les femmes nerveuses ou craintives (2).

D'autre part nous voyons le Docteur Geyl (3), préconiser l'emploi d'une solution de chlorhydate de cocaïne au 1/10 en application sur l'endomètre.

Nous avouons que le titre de la solution nous effraie.

(1) *In* Th. Denis, Paris, 1894.

(2) Th. Castan, Montpellier, 1891.

(3) *Nouvelles Archives d'obs.* 1889, p. 638.

M. le Professeur Tarnier se montre partisan de l'anesthésie chloroformique, quand on se trouve en présence de femmes agitées et pusillanimes, et quand la rétraction du col nécessite une dilatation rapide. Il recommande expressément de n'y pas recourir chez les femmes anémiées.

Dans une revue récente, Demelin (1) résume son opinion à ce sujet : l'anesthésie chloroformique est préférable, mais elle n'est pas nécessaire. C'est bien aussi notre opinion. Suivant les cas nous y avons eu recours, d'autres fois, elle a été inutile.

Lorsqu'il n'y a sur le sujet à opérer aucune tare ancienne ou récente contre-indiquant l'anesthésie générale, quand l'état nerveux ou une sensibilité spéciale font prévoir une opération douloureuse, nous nous croyons autorisé à proposer la chloroformisation. Nous l'acceptons volontiers quand on nous la demande et qu'un aide peut s'en charger sans que l'opération en souffre.

Du choix de la curette. — Il existe de nombreux types de curettes utérines : les unes mousses, les autres tranchantes ; les unes pleines, d'autres ajourées et au milieu de la collection des appareils chirurgicaux, il semble difficile de faire un choix. Il y a aussi, a-t-on dit, un grand et un petit curettage (Polaillon) suivant la variété d'instruments adoptée. La longue curette mousse de Récamier-Pozzi réunit bien des suffrages. Quant aux curettes fenêtrées, aux curettes irrigatrices, telles que celles de M. Auvard, à la curette hélicoïdale de Terrillon, elles n'ont qu'une vogue individuelle.

Les curettes tranchantes communes, à long manche de dimensions variées, doivent former avec l'instrument de Réca-

(1) Demelin. *Journal des Praticiens*, 29 décembre 1894.

mier, tout le bagage de l'accoucheur. — Les instruments dentés sont réservés aux épithéliomas et ne prennent pas rang, même dans l'arsenal d'exception.

Les curettes fenêtrées sont adoptées par un grand nombre d'accoucheurs sans que nous puissions trouver une raison de les approuver ni un grief à formuler contre elles.

M. le Professeur Tarnier insiste sur l'utilité du tranchant qui coupe et ne dilacère pas les tissus.

Demelin recommande les curettes longues, modérément tranchantes et dont la cuiller a 1 cent. de diamètre.

Des liquides modificateurs. — Nous avons dit que nous avons employé tantôt l'iode en teinture ou en solution iodurée à 1/100, tantôt la glycérine créosotée. Il nous semble qu'il y a bénéfice à employer l'iode. Heureux de nous trouver partager l'opinion de M. le professeur Tarnier qui dit dans son étude des antiseptiques, en parlant de l'iode : « Lorsqu'il s'agit de modifier profondément la surface interne de l'utérus, au début d'une infection putride ou d'une fièvre puerpérale, je n'hésite pas à en recommander l'emploi ». Le perchlorure de fer n'a sa raison d'être que dans les hémorrhagies rebelles aux injections à 48°. L'acide phénique est caustique et dangereux lorsqu'il est employé sur une muqueuse dénudée. Pour les injections qui précèdent, accompagnent et suivent l'opération, nous adoptons comme pour les accouchements ordinaires la solution de permanganate de potasse à 1 p. 4000.

Du tamponnement. — M. Bar préconise une gaze iodoformée préparée avec du rétinol iodoformé ; il y trouve comme avantage, qu'il se forme sur la muqueuse utérine et vaginale un dépôt d'iodoforme en poudre.

Certains accoucheurs, de parti pris, rejettent tout tamponnement et ne font qu'un pansement vulvaire.

D'autres mettent dans la cavité utérine, qui, un suppositoire, qui un crayon iodoformé, qui un drain de caoutchouc (Bonnaire). Le résultat dépend moins de tous ces détails que de l'ensemble des soins.

De l'écouvillonnage. — Nous voulons parler de l'écouvillonnage avec l'instrument de Doléris, mais utilisé comme complément d'un curettage et non comme méthode isolée. Nous ne l'avons jamais employé. Il peut être un adjuvant utile mais nous ne le croyons pas nécessaire.

Traitement général. — C'est à l'ensemble des progrès thérapeutiques et hygiéniques qui doivent accompagner l'intervention que nous donnons ce nom. On aidera l'antiseptie locale par une antisepsie générale dont les agents principaux seront (Tarnier) :

Les sels de quinine (antithermiques et antiseptiques).

Le calomel.

Le naphtol et le benzo-naphtol.

La crainte des complications péritonitiques, fera souvent utiliser les vessies de glace, les badigeonnages au collodion, les préparations opiacées.

Une alimentation tonique, des boissons alcoolisées (1) et gazeuses aideront à rétablir complètement la malade que l'intervention et les antiseptiques internes auront débarrassée de ses toxines.

(1) Danet, *De l'alcool dans le traitement des maladies puerpérales*, 1872.

CHAPITRE III

Quelques considérations sur l'anatomie pathologique des affections puerpérales.

Nous savons faire un curettage, nous allons tout à l'heure choisir nos cas.

Il est indiqué de prendre auparavant connaissance des types justiciables de ce traitement.

Successivement mises en demeure d'expliquer les formes diverses que prend l'infection, dans les suites de couches, l'anatomie pathologique et la bactériologie sont venues apporter leur contingent scientifique. Les notions se sont faites plus claires, les types se sont mieux groupés. Aussi sommes-nous mieux placés que nos aînés pour débrouiller l'histoire et la configuration des métrites puerpérales.

Aux premières pages de ce travail, nous avons expliqué que nous nous bornions à l'étude du curettage dans les suites de couches pathologiques, particulièrement dans la septicémie, les hémorrhagies, la rétention des membranes. — Et voilà maintenant que le microscope nous montre que de l'une à l'autre de ces affections il y a un lien de parenté manifeste; que le mot de métrite puerpérale, les synthètise assez justement.

Nous ne voulons pas dire que toute hémorrhagie des suites de couches va se trouver engendrée par une métrite; qu'il n'y a que la métrite qui détermine la rétention des mem-

branes, mais bien que la métrite, phénomène déjà secondaire à l'infection est susceptible de les produire.

Nous allons, en quelques mots, essayer de présenter une vue d'ensemble des lésions qui nécessitent le curettage.

1° *L'accouchée présentait une métrite antérieure, comme origine, à l'époque de l'accouchement.* — Rien de plus fréquent que les métrites au cours de la grossesse, métrites chroniques, pour la plupart, à étiologie plus au moins obscure, puerpérales anciennes, blennorrhagiques, infectieuses diverses (typhiques, rubeoliques, varioliques, grippales) toxiques (saturnines, etc.).

Toutes ont des caractères communs ; elles prédisposent aux hémorrhagies et aux adhérences de la caduque ; d'où un danger primordial : l'avortement (1) ou l'accouchement prématuré.

Si l'enfant est né vivant, fait fréquent, les suites de couches tendent encore à devenir pathologiques soit du fait de la rétention des membranes soit du fait des hémorrhagies.

Dans l'étude qu'il a fait de l'endométrite au cours de la grossesse, Zielinski insiste sur la forme hyperplasique : « La caduque est alors épaissie, son épaisseur peut devenir double et va en augmentant au fur et à mesure qu'on se rapproche du fond de l'utérus.

« Cette hypertrophie est souvent uniforme, régulière... ; l'inflammation interstitielle prédomine dans cette variété : elle peut aboutir à la sclérose et parfois à la formation d'adhérences anormales : des hémorrhagies surviennent souvent. »

C'est là une des causes fréquentes, des rétentions de membranes. « Il est des auteurs, écrit M. le Professeur Tarnier, qui regardent la rétention des membranes comme très rare et

(1) Zielinski, *De la métrite considérée comme cause d'avortement*, Thèse Paris, 1894.

pensent qu'elle est toujours due à ce que la délivrance a été mal exécutée : c'est une erreur. » (1).

Ces membranes retenues dans l'utérus par des adhérences inflammatoires, ces grands lambeaux de caduque atteints d'endomérite vont faire au moindre germe virulent neuf un excellent milieu de culture ; la métrite ancienne fournira la place à la greffe nouvelle.

2° *L'infection s'est produite à l'occasion de l'accouchement.* — Nous rentrons ici en plein dans le cadre de la septicémie puerpérale. Une bonne étude en a été faite dans l'ouvrage de MM. Ribemont et Lepage (2).

Les formes suppurée, diphtérique, gangréneuse y sont définies scrupuleusement.

Elles sont connues de tous : nous ne nous y arrêterons pas.

Dans un travail sérieux sur l'histologie de l'endométrite puerpérale (3). Bumm a présenté le résultat de ses recherches faites sur les utérus de cinq femmes mortes de fièvre puerpérale. Il a trouvé constamment que l'endomètre était le point de départde l'infection.

La couche superficielle de la caduque est remplie de micro-organismes et son tissu est nécrosé ; puis vient une zone d'infiltration cellulaire qui s'arrête à la musculeuse ; les cellules sont rondes, petites, semblables à des leucocytes. On ne trouve pas de microbes dans cette zone.

Dans les cas favorables, cette couche est épaissse, complète, d'autrefois, elle n'existe que par places et encore peut-elle manquer dans les formes très graves.

Quand la couche phagocytaire est entière, la localisation mé-

(1) S. Tarnier. *De l'antisepsie et de l'asepsie en obstétrique.*

(2) Ribemont et Lepage. *Précis d'obstétrique.* p. 1272.

(3) Bumm, *Arch. f. gyn.* XL. 3. 1892.

tritique sera la seule manifestation de la septicémie, sinon, dans les cas de virulence extrême des microbes, l'organisme n'ayant pas le temps de réagir, le tissu utérin, les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont infectés. La septicémie s'est généralisée.

3° *Hémorrhagies des suites de couches.* En dehors des traumatismes, les hémorrhagies des suites de couches tiennent surtout à l'inertie prolongée ou secondaire, aux déviations utérines, à la rétention des annexes. Autant dire que le plus souvent on a affaire à une affection métritique ; puisque rétention et déviation signifient déjà métrite ; que, d'autre part, l'inertie secondaire est rare. D'ailleurs n'est-elle pas elle-même consécutive souvent aux rétentions. Il y a donc surtout endométrite hemorrhagique.

4° *Tuberculose de la caduque et de l'utérus.*— Ce point sur lequel attira notre attention, M. Demelin (1) reste encore fort peu éclairé. Il y a des métrites tuberculeuses de la caduque. M. Demelin nous a signalé un fait où dans les enveloppes d'un fœtus, on avait trouvé des bacilles de Koch. L'obs. I (de Hûnermann), que nous avons empruntée à la thèse de Zielinski, nous montre encore des bacilles dans la couche superficielle de l'endomètre.

Nous apportons également une observation où la tuberculose générale était évidente. — Malheureusement la pièce utérine fut gardée pour servir à l'étude des perforations utérines et on n'a pas fait l'examen de l'utérus au point de vue de la tuberculose.

(1) Nous tenons à adresser nos remerciements à M. Demelin, pour l'accueil bienveillant qu'il nous a fait et les excellents conseils qu'il nous a donnés.

Remy (1) examina les placentas de femmes phtisiques ayant accouché prématurément et leur trouva une dégénerescence sur la face utérine avec transformation graisseuse des cellules de la caduque.

La fréquence des lésions tuberculeuses primitives de l'utérus. étudiée par M. Fernet (1884, *Soc. méd. des hôp.*), la constatation répétée des lésions secondaires, suffiraient à faire admettre une endométrite tuberculeuse de la caduque, s'il n'y avait pas encore les cas de contagion directe de la mère à l'enfant pour asseoir notre conviction.

Contrairement à l'avis formulé par M. Chambrelent à la Société obstétricale de France (1893) Malvoz, Schworl, Birch-Hirschfeld, et plus tard Charrin et Duclert à la Société de Biologie (1894), ont démontré que les tissus communs à la mère et à l'enfant, que les enveloppes pouvaient être infiltrés de tuberculose. C'est pour le moment tout ce que nous voulons retenir.

Les études bactériologiques entreprises dans le but d'élucider la pathogénie de la « fièvre puerpérale » ont été précédées des travaux remarquables de Semmelweiss et de M. le professeur Tarnier qui, dès 1849 et 1857, discutaient l'idée de contagion.

La découverte de l'agent pathogène faite par Pasteur en 1879, lança les chercheurs sur une nouvelle voie.

A côté des unicistes pour qui le streptocoque pyogène reste le seul agent de la septicémie puerpérale, beaucoup d'auteurs admettent, comme pour les infections chirurgicales des microbes variables : les staphylocoques, le coli-bacille et son

(1) Remy. Tuberculose à marche rapide pendant la grossesse, *Arch. de Tocologie*, 1894, p. 663.

homologue la bactérie de Clado-Albarran, des saprophytes.

M. Doléris, dans sa thèse (1880), décrivait 4 espèces microbiennes.

Plus tard, nous voyons Bumm se rallier partiellement à son opinion et décrire deux types cliniques, la forme septique due aux microbes pyogènes, surtout streptocoque et staphylocoque doré ; la forme putride causée par des saprophytes variés.

La plupart des auteurs avec Widal (Th. Paris, 1889), Cornil et Chauveau sont restés unicistes.

La discussion demeure pendante : Nous n'insisterons pas sur les nombreux travaux parus sur ce sujet, tant dans les revues que dans les comptes rendus des sociétés savantes (1).

Nous n'avons à retenir que l'origine microbienne et le plus souvent streptococcique de l'infection.

Il est utile de se rappeler que divers microbes au nombre desquels le bacille de Koch ont été trouvés dans les débris ramenés par le curettage ou examinés après la mort.

(1) Consulter J. Bruneau. Th. Paris, 1894. — Widal. Th. Paris, 1889.

CHAPITRE IV

Indications. — Contre-indications du curettage. — Accidents et inconvénients. — Résultats.

§ 1. Indications du curettage.

1° **Du curettage dans les infections.** — A). SYMPTOMES DE L'ENDOMÉTRITE PUERPÉRALE. — Si nous nous en rapportons à nos observations personnelles, nous voyons que les symptômes de la phlegmasie utérine ont débuté du 2e au 5e jour des suites de couches, le 2e, obs. XI; le 3e, obs. IV et V; le 4e, obs. VIII et IX; le 5e, obs. III, VI, X.

Chez toutes ces femmes à la date indiquée, la température était supérieure à 38°, chez quelques-unes, elle atteignit 39 d'emblée (obs. V, VI, VIII, IX.)

Dans tous les cas, où il a été noté, le pouls monte à 100 et plus.

Souvent nous avons constaté la coïncidence d'un frisson avec la première élévation thermique, mais outre que ce symptôme a manqué un certain nombre de fois, il n'est pas rare de le voir se produire seulement après plusieurs jours de fièvre.

Nous signalons également pour l'avoir observé, l'apparition du frisson après les injections intra-utérines; de multiples théories ont été données pour l'expliquer.

Le frisson s'est produit dans quelques cas, une seule fois :

généralement la malade a eu plusieurs frissons ou plusieurs séries de frissons. Presque toujours c'est le soir qu'on les observe et lorsqu'il y a des périodes de calme, il n'est pas rare de voir les frissons prendre le type régulièrement intermittent mais vespéral.

Notons enfin, et nos observations en font foi, que le frisson s'accompagne toujours d'une élévation de température qui peut être assez courte.

Fièvre et frissons donneraient l'éveil même à des gens non prévenus, et nous notions assez rapidement, très souvent en même temps, quelques autres phénomènes de majeure importance : la douleur et la fétidité des lochies.

La douleur siège dans le bas-ventre, disent les accouchées, c'est là une légère erreur, elle siège au niveau des cornes utérines surtout.

Elle est le plus souvent sourde, c'est une sorte de pesanteur, de gène, jusqu'à ce que dans les formes plus graves, l'extension en surface vers les fosses iliaques s'accompagne d'hypéresthésie cutanée ; alors vraiment la douleur siège dans le bas-ventre. Tout l'hypogastre souffre quand tout l'abdomen ne souffre pas.

Mais si au repos, dans le décubitus la femme se plaint, il en est à plus forte raison de même, lorsqu'on vient à pratiquer l'examen.

Tant que la main du praticien, palpe les régions supérieure et médiane de l'abdomen, la malade reste immobile, mais dès que l'examen approche de l'une ou de l'autre des régions sensibles, les mouvements de défense commencent ; l'infectée cherche à éviter le contact.

L'odorat renseigne comme la vue sur l'état des lochies, mieux qu'elle encore ; car l'aspect extérieur muco-purulent va sans infection, surtout sans infection grave.

Il y a plus, l'habitude fait presque reconnaître les formes putrides ; le praticien ne doit jamais négliger de consulter les linges de l'accouchée, il y trouvera toujours des renseignements précieux.

Quant à l'état général, il est extrêmement variable. On peut être étonné de voir avec des températures élevées, des femmes ne se plaindre que médiocrement, vaquer à leurs fonctions de nourrices, accepter la nourriture du régime hospitalier.

Beaucoup ne se plaignent que des frissons qu'elles considèrent comme une terrible menace. Puis l'appétit disparaît, la langue devient saburale, le facies se grippe, prend une teinte grisâtre ; les sueurs s'accusent, on croirait d'autant mieux à l'existence d'une péritonite que les vomissements bilieux font leur apparition. Le péritoine est-il touché ? Nous ne pouvons répondre qu'en compulsant les faits, que nous avons étudiés. Même avec ce type accentué d'infection, les femmes ne se plaignaient et ne souffraient que de leur utérus, et le curettage les a guéries.

Pas toutes ! Non. Il y a eu des pages noires et nous les étudierons pour en tirer des conclusions dans un autre paragraphe.

Si maintenant depuis le début des phénomènes septiques, nous suivons les feuilles thermographiques, nous ne pouvons guère en tirer des déductions utiles, car tous les sujets ont, dès le premier jour de fièvre, été soumis à un traitement qui a modifié les courbes. Malgré cela nous constatons que la température fait d'une part souvent de grandes oscillations, que d'autre part, la température vespérale est notablement supérieure à celle du matin, mais aussi que dans les cas où elle a été prise, c'est la température du milieu de la nuit qui est la plus élevée.

L'utérus d'abord très localisable, devient plus gros, moins

distinct, il s'entoure d'une zone inflammatoire que son immobilisation au palper, l'induration des culs-de-sac au toucher, rendent manifeste. Ce n'est déjà plus seulement de la métrite puerpérale, c'est de la cellulite pelvienne. Nous avons plusieurs faits de cet ordre dans nos observations.

Les lochies sont non seulement fétides, mais elles deviennent abondantes et contiennent fréquemment des lambeaux, des débris purulents, jaunâtres, blancs ou grisâtres, provenant de la caduque suppurée.

Étudiant les formes cliniques de l'infection puerpérale, M. Bonnaire (1) en choisit cinq auxquelles il établit une sorte d'individualité :

1° La forme atténuée ; celle-ci ne figure pas et pour cause dans nos observations, elle n'est pas justiciable d'une action chirurgicale.

2° La lochiométrie ; c'est la métrite puerpérale sans atteinte de l'état général.

3° La métrite puerpérale aiguë à laquelle appartiennent presque tous nos faits.

4° La métropéritonite. M. Bonnaire signale la rareté de ce type, caractérisé par l'apparition simultanée des phénomènes métritiques et péritonitiques.

5° La phlébite utérine. Cette forme sur laquelle insistait Siredey, détermine fréquemment des hémorrhagies ; l'infection n'y est manifeste que lorsque se déclare une phlegmatia ainsi qu'on peut le voir dans l'observation VII.

B). Diagnostic de l'endométrite puerpérale. — L'association de la fièvre et du frisson, ne suffit pas pour affirmer l'endométrite puerpérale, elle peut indiquer toute autre infec-

(1) Bonnaire, *Tribune Médicale*, 28 juin 1894.

tion, puerpérale ou non ; elle peut, en un mot, signifier plus ou moins.

La fièvre de la première journée ne traduit souvent que l'intoxication due au travail musculaire de l'accouchement. Il faut plusieurs jours en général pour que la culture microbienne puisse élever la température, car il lui a été nécessaire d'élaborer ses toxines.

Mais encore la fièvre du 3e ou du 4e jour, peut n'être que le résultat de la montée de lait. Si la pseudo-fièvre de lait est ordinairement une hyperthermie d'infection, il y a quelquefois une fébricule courte sans symptômes généraux, qui accompagne la sécrétion mammaire commençante.

Encore laisserons-nous de côté, sans les énumérer toutes, les affections fébriles générales dont la femme accouchée peut n'être pas exempte ; la tuberculose, les éruptions médicamenteuses peuvent être ainsi en cause.

Nous avons à plusieurs reprises dû éviter ce genre d'erreur ; il nous souvient entre autres d'une femme qui, vers le 5e jour, eut un accès fébrile le soir, avec grand frisson, puis pendant plusieurs jours d'autres accès analogues.

Ce n'est que par un interrogatoire prolongé que nous pûmes nous assurer de la nature malarique de ces accidents, qui cédèrent aux sels de quinine.

La douleur autant que la fièvre est un symptôme de nature inconstante. Entendons-nous bien ; car si nous disons douleur, nous ne précisons pas le siège exact. — En effet quand celui-ci est bien défini, il est inutile de rechercher les coliques intestinales ou hépatiques, il n'y a même pas lieu de penser aux contractions utérines des suites de couches. Celles-ci sont douloureuses, il est vrai, mais elles sont intermittentes, leur douleur est étendue à toute la matrice et n'existe pas en dehors de la contraction.

Si le diagnostic symptomatique expose à l'erreur, que dire du groupement des signes? le syndrôme caractérisé par l'hyperthermie, le frisson, la douleur ne signifie pas non plus métrite puerpérale. On le trouve quelquefois chez des constipées, on le trouve surtout dans les infections extra-utérines; plaies infectées des voies génitales, lymphangite des seins, péritonites généralisées ou non.

C'est dans ces cas qu'il faut dissocier les éléments, les reprendre un à un pour arriver au diagnostic. Deux gros symptômes vont nous permettre alors d'affirmer notre foi ; la localisation de la douleur, l'abondance et la fétidité de l'écoulement utérin.

C). INDICATIONS DU CURETTAGE. — *(Cas justiciables du curettage. De l'époque où il convient de le pratiquer.)*

L'ensemble des auteurs admet que le curettage est applicable au cas où l'infection est localieée à l'utérus, mais encore faut-il que le mal soit superficiel, c'est ce qui, en anatomie pathologique correspond aux types de Bûmm où la couche phagocytaire est intacte ou peu entamée.

Notre maître, M. le Professeur agrégé Ribemont-Dessaignes admet la pratique suivante :

Toute femme infectée à l'occasion d'un accouchement, et ne présentant pas une localisation utérine bien nette est soumise aux injections intra-utérines et vaginales.

Les injections vaginales sont données quatre fois dans le cours des vingt-quatre heures. Les injections intra-utérines, deux fois. Toutes sont faites avec les solutions de permanganate de potasse à 1/4000 et à 1 pour 2000 ou de sublimé à 1 p. 4000.

Si les phénomènes généraux sont marqués, et toutes les fois que la température dépasse 39°5, la malade prend 1 gr.

de sulfate de quinine et on lui administre des potions alcoolisées et gazeuses. Lorsque l'endométrite est évidente, ce traitement n'est mis en vigueur que pendant une période d'essai. Il est seul continué, si la température baisse d'un degré au moins et si l'écoulement perd ses qualités d'abondance et de fétidité. Sinon on pratique le curettage. On ne fait donc pas dans le service de l'Hôpital Beaujon le curettage précoce, mais on le pratique de bonne heure.

A la suite de l'étude, qu'il fait des injections intra-utérines (1), M. le Professeur Tarnier montre que si ces dernières peuvent laver l'utérus, pénétrer même les couches superficielles, tuer les microbes, dissoudre les toxines, elles n'ont pas la force de détacher les lambeaux de caduque et de membranes imprégnés de substances putrides. Principalement dans les formes diphtéroïdes, elles sont sans effet. « De là il résulte que dans les circonstances, il convient d'agir plus énergiquement et plus profondément qu'on ne le peut faire avec des injections antiseptiques, et qu'il faut enlever mécaniquement les produits mortifiés. qui recouvrent la muqueuse utérine et au besoin même, attaquer les diverses couches de cette dernière lorsqu'elles sont envahies par le mal. Pour atteindre ce but, il n'est pas de meilleur instrument que la curette. »

M. le Professeur Tarnier est un temporisateur ; la pratique habituelle de son service est la suivante : on a, préparées, deux solutions iodo-iodurées, l'une dite solution faible contient 2 grammes d'iode et 4 grammes d'iodure de potassium par litre ; l'autre, ou solution forte à 3 grammes d'iode par litre.

Une fois par jour la femme infectée c'est-à-dire présentant

(1) Tarnier. *De l'antisepsie et de l'asepsie en obstétrique.*

une température supérieure à 38° reçoit une injection de 2 litres de la solution forte. Ce traitement n'est guère prolongé au-delà d'un ou deux jours. Si la température a baissé, on emploie la solution faible. Sinon ou si la descente est peu marquée, on pratique le curettage, mais un curettage rigoureux, puisque l'examen histologique décèle dans les produits de râclage des fibres musculaires.

Le curettage est très rarement fait, en effet, nos observations comprennent la totalité des cas opérés à la clinique de la rue d'Assas depuis 6 ans.

Il ne doit pas être précoce, mais avoir été précédé d'un essai de traitement par les injections, enfin il doit être rigoureux.

M. Le Professeur Pinard (1) préfère comme traitement d'essai, l'irrigation continue qu'il prolonge pendant vingt quatre heures.

Si après ce temps la température reste élevée, il pratique le curettage.

M. Bureau, partisan de la curette, considère qu'elle n'est jamais dangereuse.

C'est également l'opinion formulée par M. Auvard (2) : « L'injection utérine classique, copieusement faite suffira dans un certain nombre de cas pour assurer l'asepsie de l'utérus ; elle m'a réussi comme à beaucoup d'accoucheurs ; je crois cependant *plus prudent* de recourir d'emblée à l'injection intra-utérine perfectionnée. » Cette injection perfectionnée n'est autre que le curettage fait avac la curette irrigatrice de l'auteur.

M. Moussous de Bordeaux, écrit, en parlant des méthodes

(1) Ribemont-Dessaignes et Lepage. *Précis d'obstétrique.*
(2) Auvard. *Traité d'accouchements.*

chirurgicales, écouvillonnage et curettage : « Il y aurait grand tort d'y recourir en dehors d'une urgente nécessité, mais on ferait œuvre mauvaise en les rejetant de la pratique obstétricale. »

Lugeol repousse le curettage précoce ; il le réserve presque uniquement aux rétentions placentaires.

Voici maintenant un adversaire du curetteage même dans les cas graves de septicémie utérinė. « Si les accidents septicémiques, dit M. Gerbaud (1), sont déclarés, que faut-il faire ? Il faut intervenir évidemment mais d'une façon bien différente de celle que nous avons rapportée plus haut. Il faut encore ici s'en tenir à la méthode antiseptique mais elle doit être appliquée d'une façon très rigoureuse. Les injections seront renouvelées toutes les deux heures, toutes les heures s'il le faut. Elle seront composées de liquides plus concentrés, plus chargés de principes antiseptiques. Enfin dans les cas plus graves on pratiquera l'irrigation continue. »

Après avoir cité ce passage, Castan conclut à l'éclectisme et fait remarquer que dans les cas douteux, la curette pourra devenir un instrument explorateur. Il sera temps de s'arrêter si le diagnostic était erroné.

A côté de l'opinion si contraire de M. Gerbaud, nous plaçons celle de Charrier (2) qui, traduisant les idées de M. Pozzi, vante les bienfaits du curage, qui sont hors de proportions avec ses dangers « Les frissons répétés, quels que soient leur durée, leur intensité, l'ascension thermique dépassant 39° dans l'aisselle, létat général, le pouls, sont autant d'indica-

(1) Cité par Castan. Th. Montpellier, 1891.

(2) Charrier. — *Arch. tocologie* 1891, p. 601. Du curettage précoce dans l'infection puerpérale, envisagé comme moyen thérapeutique et prophylactique.

tions pressantes. Il n'y a que des inconvénients à attendre. »
L'origine utérine est prouvée par la sensibilisé abdominale, la flaccidité de l'utérus, la fétidité des lochies :

Charrier répudie l'anesthésie comme inutile et recommande les lavages à la solution phéniquée à 1 0/0 pendant l'opération.

Le curage doit être précoce ajoute-t-il. « Ce n'est pas seulement un moyen suprême héroïque destiné aux cas où la vie de la femme est en péril, mais c'est aussi le traitement indiqué dans les infections légères. » La chute de la température ne suffit pas à la contre-indiquer ; si les douleurs persistent, on aura à redouter des accidents plus ou moins lointains, métrites chroniques, déviations utérines.

Jourdran (1) ayant compulsé les registres de la maternité de Pellegrin, reste peu partisan du curettage par crainte d'infecter l'organisme en ouvrant la voix aux infections veineuses.

Dans l'étude qu'il a faite de la septicémie atténuée, dans le service de M. Budin, Basset (2) se porte très chaudement partisan de la curette : « Le diagnostic d'infection puerpérale posé, il faudra agir et agir vite ; qu'on ait affaire à une forme généralisée ou à une localisation précoce, tous les efforts de la thérapeutique devront être dirigés contre l'endomètre infecté, qui est, selon l'expression de M. Lagrave, la surface de reproduction de l'organisme, le foyer de pullullation, la base d'opération des microbes ; on coupe ainsi le mal dans sa racine, on prévient de nouvelles décharges microbiennes ou toxiques dans le torrent circulatoire et comme la première

(1) Jourdran. Th. Bordeaux, 1893. *Des principales formes de septicémie puerpérale et leur traitement.*

(2) Basset, Th. Paris, 1893.

était elle-même atténuée, la résistance de l'organisme suffira presque toujours à en triompher. »

Grynfeltt et Puech (1) représentent l'opinion moyenne, leur formule est précise puisqu'ils réclament le curettage quand l'infection se fait dans et par l'utérus et qu'il n'y ont recours que si les injections vaginales et utérines sont restées impuissantes.

La discussion de la Société obstétricale de France en 1893 va nous apporter encore un contingent d'opinions intéressantes.

C'est M. Rivière qui le premier expose la méthode : le curettage, en raison de ses accidents, ne doit être employé en général que si les phénomènes qui le commandent n'ont cédé, ni aux injections ni au tamponnement utérin à la gaze iodoformée, ni au maintien dans l'utérus de crayons iodoformés. Dans quelques cas exceptionnels le curettage précoce sera légitime.

MM. Budin et Porak conseillent de faire le toucher utérin, pour s'assurer autant que faire se peut, de l'état de l'endomètre.

M. Champetier de Ribes admet la curette après l'essai infructueux des irrigations répétées ou continues. Bien souvent, dit-il, on retire très peu de choses de l'utérus et cependant les accidents disparaissent aussitôt.

Nous sommes fixés sur les opinions des auteurs Français ; les Allemands sont les uns partisans résolus du curettage comme Fehling et Kehrer qui essaient une fois les injections intra-utérines, les autres comme Fristch ne voient dans les bons résultats obtenus que l'effet des lavages et de la désinfection par le tamponnement qui accompagne le curettage.

Nos observations personnelles ne sont pas pour changer

(1) *Nouveau Montpellier médical.* P. 435, 1892.

notre opinion, car d'une part appliqué à temps le curettage a réussi, et d'autre part l'examen que nous avons fait des feuilles de la maternité de l'hôpital Beaujon, nous a montré une mortalité moins grande chez les infectées traitées par le curettage et aussi une durée de morbidité plus longue chez celles qui guérissaient du fait des injections.

Les conclusions que nous voulons déduire de cette étude, peuvent se formuler ainsi :

Le curettage est formellement indiqué dans les cas où l'infection puerpérale est manifestement utérine :

Le curettage est autorisé dans les formes atténuées où malgré une température assez peu élevée, on constate la douleur utérine et la fétidité des lochies.

Le curettage ne doit pas être préventif ni précoce : on ne le pratiquera que s'il n'y a pas amélioration marquée dans l'état local et général après l'emploi des injections intra-utérines antiseptiques.

Fixer une date pour le curettage paraît difficile, il nous semble que dans la majorité des cas, l'essai des injections peut être fait pendant deux jours.

La nature du liquide antiseptique à employer a été bien étudiée par M. le professeur Tarnier et, comme lui, nous emploierons les solutions iodées.

II° **Du curettage dans les hémorrhagies.** — Ici la question est plus simple, car la grande cause de l'hémorrhagie des suites de couches réside dans la rétention d'une partie du délivre.

L'inertie utérine d'autre part et certaines formes de métrites de la caduque dont nous avons parlé plus haut, complètent le cadre étiologique habituel.

Le curettage est-il indiqué dans les hémorrhagies? La discussion s'impose.

En face de cas d'inertie secondaire ou tardive, quand on peut vérifier par le toucher intra-utérin la vacuité utérine ou quand il est facile d'amener au dehors les caillots, il n'y a pas lieu de faire le curettage. Les injections chaudes à 48° ou 50°, le massage intra-utérin, l'usage de l'ergot si l'utérus est vide, suffisent, et d'autre part, si nous ne voyons pas les avantages d'un curettage, les inconvénients en sont par contre très évidents.

En renversant la formule de M. Pozzi, nous pouvons dire que l'acte chirurgical présente ici des dangers hors de proportion avec ses bénéfices. A vrai dire, il est inutile d'insister, il ne viendra à personne l'idée de râcler un utérus mou, dépressible, et dont on délimite si mal les contours.

L'hémorrhagie prolongée, ou répétée peut être due à une rétention.

Nous ne voulons pas nous arrêter sur cette question des rétentions placentaires.

Disons simplement que l'usage nous a appris, qu'en dehors de toute infection, et toutes les fois que cela est possible, la délivrance secondaire manuelle a les avantages du curage sans présenter un traumatisme aussi sérieux.

Y a-t-il infection, la présence d'un cotylédon ne change guère les indications que pour précipiter l'acte chirurgical. Dans ces cas nous sommes donc partisans du curettage précoce.

Quant aux hémorrhagies d'origine métritique, elles sont tantôt fébriles, tantôt apyrétiques. Dans le premier cas, elles seront justiciables d'un curage précoce : dans le second, la gravité de l'hémorrhagie commandera l'intervention.

Si nous résumons notre manière de voir, nous pouvons

dire : que toute hémorrhagie prolongée ou répétée, se produisant dans les suites de couches, sera justiciable du curettage précoce si elle est accompagnée de fièvre, qu'il y ait ou non rétention placentaire.

Les hémorrhagies apyrétiques pourront être traitées par le curage quand il sera prouvé qu'elle ne sont pas attribuables à l'inertie.

Cependant interviendra-t-on chez les femmes très anémiées, ou essaiera-t-on momentatément de palliatifs ? Rivière propose le curettage immédiat, Chartier conseille d'attendre.

Il est bien difficile de juger, tant les cas sont variables en clinique ; on cherchera toujours à agir au mieux des intérêts de la malade : Dans les rétentions palcentaires, on fera au moins le curage manuel. Dans les autres, on mettra en balance les avantages et les inconvénients d'une expectation.

III° Du curettage dans les rétentions de membranes. — Les membranes retenues en partie ou en totalité peuvent ne déterminer aucun accident, si les précautions antiseptiques sont prises.

Mais il est utile de rappeler, que les adhérences des membranes sont souvent la marque d'une inflammation commune à l'endomètre et aux enveloppes ; de là, résulte la nécessité d'une rigueur absolue dans les soins à apporter aux suites de couches. La preuve en est dans la rareté des phénomènes infectieux depuis l'ère antiseptique, dans les cas de rétention des membranes.

Nous croyons inutile le curettage, dans ces cas : l'inflammation, quand elle existe, est peu intense et puisque les irrigations utérines suffisent, pourquoi ne pas s'en contenter ?

M. Bar (1) dans ces cas, fait un léger curage immédiatement après l'accouchement, dans le but d'éviter les injections répétées. Nous admettrions cette pratique à la campagne, s'il nous semblait démontré que les injections fussent inutiles ou même dangereuses par suite de l'incurie de l'entourage de l'accouchée.

S'il y a rétention et infection, le cas est tout autre ; nous rentrons dans les cas déjà examinés ; le curettage est ici formellement indiqué et le délai de deux jours, que nous proposions, pour l'essai des injections, nous paraît être un maximum.

IV° **Du curettage dans les lésions tuberculeuses de l'endométrite.** — Nous sommes enplein inconnu ; malheureusement il ne nous a pas été possible de trouver des observations très précises, ni de présenter des analyses micrographiques. La question est neuve, il ne nous est pas donné de la résoudre.

M. Demelin, chef de clinique obstétricale, a dès longtemps remarqué que le curettage chez les tuberculeuses se fait dans des conditions spéciales ; en effet, on est très étonné quelquefois, de trouver dans un utérus, infecté il est vrai, mais délivré, une quantité énorme de produits morbides que ramène le râclage. Cet enduit est jaune et blanchâtre, assez consistant et forme des plaques, de véritables membranes, s'enroulant sous l'action de la curette.

Or, si on consulte les feuilles de température dans les jours que suivent le curettage, on se rend compte que la fièvre n'a pas baissé ou qu'en tout cas elle reste encore élevée ; puis la feuille montre des osicllations, des réascensions brusques.

(1) J. Championnière. *Application de la méthode antiseptique aux accouchements,* p. 42.

Ces malades traînent, heureuses quand elles arrivent à la guérison.

Dans un cas, qui nous a été cité mais que nous n'avons pu retrouver, l'analyse fut faite et démontra la présence des bacilles tuberculeux dans la caduque.

Faudrait-il donc faire une formule spéciale pour les tuberculeux, s'ils guérissent plus lentement et plus rarement ? Ce n'est pas notre avis ; ils ont les mêmes bénéfices que les autres à retirer d'une action bien indiquée et si nous avons voulu en parler à part, c'est moins pour les spécialiser que pour noter la gravité plus grande du pronostic.

Il serait à souhaiter que dans ces cas à débris épais et abondants, et chez les femmes en puissance de tuberculose, l'examen des produits de râclage fut fait au microscope. Nous serions heureux que l'on pût en tirer des indications utiles, tant au point de vue du traitement que du pronostic.

Les deux observations qui suivent ont trait à des infectées, présentant, l'une une tuberculose généralisée, l'autre de la tuberculose pulmonaire.

Observation I (Hunermann) (1).— *Tuberculose primaire des organes génitaux pendant la grossesse.— Avortement de 3 mois.— Tuberculose miliaire aiguë dans la période puerpérale.— Mort.*

Madame S..., âgée de 25 ans, d'une famille bien portante, eut en 1886 un accouchement normal avec des suites de couches bonnes.

Les règles revenaient régulièrement et l'état général fut satisfaisant jusqu'en novembre 1890, époque à laquelle elle devint pour la deuxième fois enceinte.

Au commencement de janvier 1891, c'est-à-dire au troisième

(1) *In* Th. Zielinski, 1894.

mois de la grossesse, elle se plaignait de douleurs lombaires et dorsales et depuis ne se sentait plus aussi bien portante que d'avance.

Le 11 mars, après une course en ville, elle eut une hémorrhagie assez abondante suivie d'expulsion d'un fœtus.

Les jours suivants, l'accouchée allait assez bien, mais le 17 mars, la température s'éleva à 40° pouls 120, l'écoulement lochial devint fétide et malgré l'injection vaginale et intra-utérine, la fièvre ne diminuait pas.

Le 18 mars. Température matinale 39° 5, pouls 140. début de bronchite ; la malade est transportée ce jour-là à la clinique gynécologique du professeur Gusserow, à la Charité, où je puis faire les consultations suivantes :

Le bas-ventre ballonné et sensible, le fond de l'utérus dépassant de trois travers de doigt la symphyse pubienne, le vagin rempli de lochies épaisses, sanguinolentes, fétides, le col est perméable, l'utérus en antéflexion, mou et sensible.

A l'aide d'un doigt je retirai de la cavité utérine un fragment de la grosseur du pouce et long de 9 centimètres, fétide, noirâtre et paraissant être un débris placentaire. A la paroi postérieure de l'utérus je sentis encore une masse irrégulière, dont je pus détacher des petits fragments à l'aide d'une grande curette mousse.

Une injection fut faite avant l'opération et après avec une solution phéniquée, j'introduisis alors dans la cavité utérine de la gaze iodoformée et prescrivis une infusion d'ergot de seigle.

Les jours suivants, la température ne s'abaissait pas au-dessous de 39° 5, l'état général s'aggravait.

Le 22 avril, symptômes nets de pneumonie.

Presque pas de lochies, pas de fétidité.

L'utérus devenu petit, pas de vomissements, pas de météorisme plus accusé, aucun exsudat dans le péritoine. L'urine contient une grande quantité d'albumine.

L'ensemble des symptômes présentait une ressemblance frap-

pante avec la tuberculose miliaire aiguë, mais à cause de la simultanéité incontestable d'accidents septiques, je ne pus formuler un diagnostic certain. Aux visites suivantes la possibilité de la tuberculose miliaire aiguë devenait de plus en plus admissible.

Dans la nuit du 27 au 28 mars la malade est morte dans un accès de dyspnée.

L'autopsie faite le 30 mars nous donne le diagnostic suivant :

Salpingite caséeuse double. Endométrite.

Tuberculose miliaire des poumons, du foie, des reins, de la plèvre, du péritoire et de la rate. Broncho-pneumonie. Hyperémie et œdème des poumons. Dilatation du cœur. Hyperplasie de la pulpe splénique. Etat puerpéral de l'utérus. Péritonite fibrinspurulente et tuberculose générale.

Suivant l'autopsie, la mort est survenue à la suite de la tuberculose miliaire aiguë compliquée d'une péritonite septique et le foyer primitif de la tuberculose était dans les organes génitaux. L'examen précis de ceux-là présente les détails suivants : les trompes, toutes d'eux d'aspect égal présentent une longueur de 13 centimètres, à l'orifice utérin à peine de la grosseur du pouce, contournées et avec deux étranglements assez peu marqués. La frange du pavillon libre, sans adhérences avec les organes voisins.

Sur la muqueuse du pavillon, on peut détacher une fausse membrane infiltrée de granulations tuberculeuses. Sur la coupe de la trompe gauche, la muqueuse présente de nombreux plis; après l'avoir débarrassée, des matières caséeuses, on ne trouve au microscope aucune trace de granulations ni ulcérations tuberculeuses. Le contenu caséeux est constitué par les débris des cellules et les bacilles tulerculeux.

L'examen microscopique des trompes confirme le diagnostic de salpingite tuberculeuse.

Sur la face interne de la cavité utérine, on ne voit pas de granulations tuberculeuses, cependant elle est considérablement altérée par l'endométrite septique. Dans les préparations du con-

tenu utérin, on constate la présence de nombreux babilles tuberculeux, sur les coupes des parois utérines, seulement aux limites extérieures dans une zone mince, tandis que plus profondément dans la couche musculaire de l'utérus, il n'y a point ni infiltration tuberculeuse, ni bacilles.

Aux environs de l'orifice interne, je retire d'un gros vaisseau de la paroi utérine un thrombus, en prenant la précaution de ne pas le mettre en contact avec le contenu utérin.

Je fais des coupes du thrombus, et dans l'une d'elle, provenant du centre, je trouve des bacilles, ce qui nous indique que selon toute probabilité la voie de pénétration des bacilles était la voie sanguine de la plaie placentaire ; c'est pourquoi les poumons, où les bacilles tuberculeux ont été transportés avec le sang en premier lieu, étaient complètement infiltrés de granulations tuberculeuses, tandis que le péritoine, malgré son voisinage immédiat avec les oviductes, ne présentait que de rares granulations (de même tous les autres organes du bas-ventre).

Comme nous ne connaissons pas la longueur de la période d'incubation des bacilles tuberculeux introduits dans l'organisme, il nous est impossible de préciser l'époque à laquelle notre malade a subi l'infection tuberculeuse.

Cependant il est incontestable que le processus tuberculeux des trompes débuta après la conception, l'ovule ne pouvant traverser des oviductes altérés par la tuberculose. D'ailleurs, l'examen anatomique nous montre qu'il est relativement de date récente.

Dans les organes génitaux ramollis par la grossesse et hypérémiés, la maladie a dû faire des progrès beaucoup plus rapides que dans des conditions habituelles. L'erreur ne sera donc pas bien forte, si nous admettons que la tuberculose des trompes date de deux mois aux plus, ce qui sera d'accord avec l'époque du début de la maladie au troisième mois de la grossesse.

Observation II. — *Primipare. — Accouchement spontané. — Sommet O I D. — Septicémie. — Injections intra-utérines, curettages. — Irrigation continue. — Perforation utérine et mort.*

(Cette observation a été publiée dans la thèse de Flandrin. Paris 1895, sur *les perforations de l'utérus par la sonde*).

La femme E. T..., âgée de 26 ans, journalière, entre à la Maternité de Beaujon, le 20 décembre 1894, à 3 h. 30 du matin.

Cette femme est enceinte pour la première fois. A son entrée dans la salle de travail, les membranes sont rompues, la tête est à la vulve.

Les douleurs auraient débuté au dire de la parturiente, la veille, 19 décembre, à 11 heures du soir.

Elle accouche le 20 décembre, à 4 heures du matin, d'un enfant du sexe masculin, vivant, pesant 3 k. 250.

La délivrance se fait spontanément, 15 minutes après l'expulsion de l'enfant. Le placenta arrivé dans l'excavation est extrait par des tractions légères sur le cordon. Il est entier et pèse 600 grammes ; les membranes sont un peu déchirées.

Suites de couches. — La température reste normale le jour de l'accouchement.

21 décembre. T. matin, 38°1. T. soir, 39°6.

On pratique immédiatement une injection intra-utérine avec plusieurs litres d'une solution de permanganate de potasse à 1/2000.

22 — T. matin, 37°6. Dans la journée on fait 2 lavages intra-utérins. T. soir, 39°4.

23 — Le matin, à la visite, M. le Docteur Ribemont-Dessaignes fait un premier curettage, suivi d'un abondant lavage intra-utérin. T. matin, 38°6.

Dans la journée on fait 3 injections intra-utérines. T. soir, 40°2.

24 — T. matin, 38°2, on fait une injection intra-utérine, T. soir, 40°2.

Jusqu'au 25 décembre la température oscille entre 38°2 le matin et 40° le soir.

Du 26 au 28, les oscillations ont la même amplitude, mais la température du soir est moins élevée.

30 — On administre à la malade 1 gr. 50 de sulfate de quinine. La température diminue le soir et reste basse pendant toute la journée du lendemain.

1er janv. 1895. — T. matin, 37°8. T. soir, 38°6.

2 — On procède à un second curettage qui ramène moins de débris de muqueuse que la première fois. Injection intra-utérine au permanganate de potasse. T. matin, 37°4. T. soir, 39°6.

3 — T. matin, 38°2.

Après la visite, vers midi, on met la malade à l'irrigation continue (sonde à double courbure du professeur Pinard, solution naphtolée.) T. soir, 39°6.

4 — Au matin, l'état général de la malade semble avoir empiré : son facies est terreux, ses yeux excavés, sa langue sèche. Elle a des vomissements bilieux qui ne sont calmés ni par le champagne, ni par l'ingestion de morceaux de glace. T. matin, 39°8.

Le liquide qui sort de l'uterus est sanieux. Aucune douleur qui est cependant un peu sensible à la pression.

Le même jour vers 6 heures du soir, peu après qu'on ait pris sa température, 40°4, cette femme se plaint subitement d'une douleur dans le bas-ventre ; elle accuse l'infirmière qui la surveille, assise à la tête de son lit, de lui avoir donné un coup dans cette région.

Cette fille, étonnée en voyant la malade plus oppressée et plaignante, s'approche d'elle, soulève les couvertures, et croit s'apercevoir que l'abdomen est anormalement augmenté de volume et dur ; elle essaie d'enlever le bandage de flanelle qui l'entoure, mais éprouve beaucoup de difficulté à dégrafer les

épingles de nourrice qui le fixent, tellement il est tendu. Instinctivement alors et quoique le liquide injecté continuât à s'écouler (elle est très affirmative sur ce point), elle ferme le robinet du tube à irrigation et prévient en toute hâte la sage-femme de garde. Celle-ci retire aussitôt la sonde : rien ne s'écoule par la vulve, ni liquide ni sang.

L'état de la malade est de plus en plus alarmant, elle est en demi état de syncope, et couverte de sueurs abondantes. On pratique de nombreuses piqûres d'éther et de caféïne.

La malade meurt dans le coma le même jour, à 9 heures du soir.

Autopsie — L'autopsie a été faite 24 heures après la mort par M. Pauchet, interne de service, qui a rédigé sur le livre d'observations la note suivante : « A l'ouverture du cadavre on trouve, tout d'abord, que l'abdomen renferme environ 5 à 6 litres du liquide ayant servi à faire l'irrigation. Perforation de l'utérus au niveau du fond, près de la corne droite. La cavité utérine très nettoyée par les curettages, ne renferme que des caillots sanguins, qui semblent nettement provenir de la plaie produite par la sonde. Aucune altération inflammatoire des viscères contenus dans la cavité abdominale ; pas trace d'inflammation péritonéale. Quelques tubercules dans les poumons. La rate et le foie présentent les caractères microscopiques de l'infection générale ».

Cette observation ne prouve rien quant à la nature tuberculeuse ou mixte des légions utérines ; elle n'a de valeur que parce qu'on y trouve chez une tuberculeuse, l'existence de lésions rebelles à un double curettage.

§ 2. Contre indications du curettage. Accidents

Existe-t-il des cas où malgré la réunion des symptômes le curettage soit défendu ? Nous savons à quel moment on doit

et on peut pratiquer l'opération, voyons à présent à partir de quel moment ce peut être dangereux.

Le curage s'adresse à l'utérus ; est-il encore utile quand l'infection a dépassé la muqueuse ? a plus forte raison peut-il être employé quand il y a périmétrite péritonite, généralisation de l'infection ?

L'opinion extrême est formulée par Chartier : « l'existence de phénomènes de périmétrite ou paramétrite, de phlébite des vaisseaux péri-utérins ne doit pas être considérée comme une contre-indication. Au contraire il y a tout avantage à supprimer au plus vite le foyer utérin, point de départ des accidents et par l'intervention qui enlève les matières septiques on ne peut créer un danger pire que celui qui résulte de leur rétention.

« La péritonite n'est pas une contre-indication, absolue surtout lorsqu'elle n'est qu'un début.

Lorsqu'elle dure depuis quelque temps et qu'elle est généralisée, il y a peu de chose à espérer de l'intervention. Néanmoins on peut toujours tenter l'opération car c'est la dernière chance de guérison qui puisse être donnée à la malade. Dans ce cas-là, il faudrait en même temps que le curage utérin pouvoir faire la laparotomie et laver le péritoine .»

La contre, indication tirée de l'inflammation péri-utérine n'a en effet qu'une médiocre valeur, Basset (1) fit dans trois cas de septicémie nettement streptococcique des examens répétés du sang avant et après le curettage. Dans ces trois observations, l'infection sanguine était évidente avant l'intervention. Celle-ci eut un résultat très important ; les chaînettes de streptocoques commencèrent rapidement à se désa-

(1) Basset. *La septicémie puerpérale atténuée*. Th.Paris, 1893.

gréger à perdre leurs éléments et de jour en jour, diminuè rent le nombre de leurs éléments.

Le curettage, c'est bien dans ces cas, écrit Bruneau (1), mais, les complications du côté des annexes ne pourront en bénéficier, que si l'on a soin de faire suivre l'opération de Récamier du drainage de la cavité utérine comme l'indique M. Bonnaire ». Point de technique discutable, le drainage semble suffisamment assuré par les bandelettes iodoformées, que la plupart des accoucheurs ont adoptées.

M. le Professeur Tarnier, considère le curettage comme parfaitement autorisé, même avec un début de péritonite ; on aura au moins fait tout le nécessaire pour nettoyer l'utérus, les produits septiques diminueront d'autant.

Cette opinion modérée, semble très logique, les expériences de Basset que nous avons relatées, lui donnent un appui scientifique.

Mais quand il s'agit de péritonite généralisée, le bénéfice est trop aléatoire, l'intervention resterait au-dessous du mal si on la bornait à un curettage.

Cette discussion des contre-indications de l'opération de Récamier, a pris sa source dans la longue série des méfaits dont on l'a chargée et sur lesquels il est peut-être inutile de revenir, tout ayant été dit à ce sujet.

On accuse le curettage d'être inutile, insuffisant et dangereux.

Son inutilité découlerait de la parfaite suffisance des injections ; nous avons déjà à plusieurs reprises, insisté sur ces faits, et nous y reviendrons tout à l'heure; qu'on nous per-

(1) Bruneau. *Curettage de l'utérus dans la septicémie puerpérale* Th. 1894.

mette de dire que les injections sont souvent suffisantes, mais que dans quelques cas elles ne méritent que la place d'auxiliaires du curettage.

Ceux qui soutiennent que les injections représentent le traitement rigoureux de l'endométrite puerpérale, osent encore dire que le curage est insuffisant.

Insuffisant, oui, il l'est, s'il est incomplet ou s'il s'attaque à des formes justiciables d'une action plus énergique. Cela, nous le concédons, mais dans ces cas nous nous garderons d'adopter les injections mêmes continues, pour le remplacer.

Il y a plus, on peut être obligé de faire un double curettage : quelques praticiens le font même de parti pris : cela veut-il dire que le premier ait été insuffisant. Peut-être, mais le reproche ne tient pas, si on songe que pendant les jours qui ont suivi la première intervention, la surface râclée a cessé d'être un foyer d'infection, qu'il y a eu, somme toute, bénéfice. Nous sommes souvent heureux, en médecine, d'enregistrer des améliorations graduelles.

On fait le curettage, le mieux que l'on peut, jusqu'à l'obtention du cri utérin, on ne néglige aucun point de la technique ; dans ces conditions, les cas rebelles sont rares.

Les dangers dont est passible le curettage sont bien connus, parce qu'ils ont été répétés, analysés nombre de fois.

En premier lieu il y a la perforation utérine. Cet accident, outre qu'il n'est pas forcément mortel, n'est pas plus fréquemment rencontré dans le curettage que dans les injections intra-utérines (six cas de chaque variété, *in* Th. Flandrin).

Il est évident que le nombre des injections données dans un service n'est pas comparable à celui des interventions instrumentales, mais il suffit de faire remarquer que l'accident est possible dans un cas comme dans l'autre.

Toutes les opérations présentent une série de dangers que

la stricte observance des précautions permet d'éviter : nous avons insisté sur ces détails de technique au chapitre II.

Les hémorrhagies, nous ne les avons jamais observées, quoiqu'on ait parlé de leur fréquence. Il s'opère après l'évacuation utérine et le râclage une contraction du muscle qui nous en garantit. Le tamponnement laissé a demeure fait d'ailleurs une excellente hémostase.

A côté des hémorrhagies on a imaginé une infection portée par la curette remplie de débris septiques, dans les sinus et lymphatiques béants. On a vu dans le frisson qui suit quelquefois l'opération une preuve de cette infection. Malheureusement pour les adversaires du curettage le frisson sur lequel a insisté M. Championnière, est fréquent après les injections intra-utérines qui, elles, n'ouvrent pas de vaisseaux.

D'ailleurs, en adoptant les lavages répétés pendant l'opération, le badigeonnage final de l'endomètre comme nous l'avons indiqué, on met les micro-organismes dans de tristes conditions d'existence.

Enfin on accuse le curettage d'être une cause de stérilité.

Cette objection a si peu de partisans que nous aurions pu la taire ; elle n'est d'ailleurs pas spéciale au curettage puerpéral.

La réapparition des règles après le curettage ne prouve qu'une chose, à savoir que la muqueuse est reproduite, et si comme le remarque Zielinski, la conception est possible dès ce moment, elle aboutit fréquemment à un avortement. Mais il y a nombre de grossesses menées à terme par d'anciennes curetées et sans rappeler les cas de Martin, ceux de Bicke, Dahlmann, Dührsenn, nous avons les statistiques du Congrès de Lyon (1894) ; celle de La Torre (de Rome) éminemment probantes. Le curettage est donc une opération conservatrice.

§ 3. Résultats

Nous n'avons pas à notre disposition, les statistiques comparées des diverses maternités ; nous ne possédons que des faits personnels et d'autres empruntés çà et là. Cependant nous pouvons déjà sur ce petit nombre de faits juger de la valeur de la méthode.

Dire qu'il y a eu des succès, tout le monde en convient, mais cela n'implique aucune supériorité en faveur de l'opération.

Sous l'ère antiseptique, une opération qui n'améliorerait pas le pronostic n'aurait aucune valeur.

Ce qu'il faut c'est voir pourquoi il n'y a pas eu que des succès. Y a-t-il eu insuffisance dans la méthode, ou n'a-t-elle pas été appliquée comme il convient ?

Laissant de côté l'observation II ou la mort fut le résultat d'une perforation utérine au cours d'une irrigation continue, nous ne trouvons dans nos observations de la maternité de Beaujon, qu'un cas de mort sur neuf curettages Obs. VIII.

L'autopsie a démontré dans ce cas, l'existence d'une péritonite et d'autre part la présence de débris purulents de muqueuse au niveau de la surface placentaire de l'utérus. Or chez cette femme le curettage ne fut pratiqué qu'au cinquième jour de l'infection : les débris étaient putrides, l'état de faiblesse dans lequel elle se trouvait empêcha M. Ribemont de renouveler, son intervention. La mort semble donc imputable ici à une trop longue période d'expectation.

L'observation XVIII présente un cas plus difficile à expliquer ; le curettage a été fait de bonne heure et malgré cela les phénomenes infectieux ont évolué, la généralisation s'est faite jusqu'à ce que l'embolie pulmonaire ait enlevé la malade ; question de virulence probablement.

Nous trouvons un cas de mort à l'observation XVII, celle-ci a fait l'objet d'une leçon clinique de M. le Professeur Tarnier (1). D'autre part, M. Doléris (2) a fait le procès de cet évènement en termes un peu vifs, concluant au trop grand retard apporté au curettage.

Si le délai trop prolongé est quelquefois cause de l'inutilité de l'intervention, dans certains cas il rend seulement la guérison plus difficile.

Nous avons dans nos observations deux faits (obs. II, IV) où on a dû procéder à un double curettage. Même après le second, dans l'observation II, la malade semblait peu améliorée puisqu'on la soumit aux irrigations continues, si rarement employées dans le service. Quant à la malade qui fait l'objet de l'observation VI, son histoire est plus curieuse encore. Le curettage effectué le 4e jour de l'infection (3) a donné les meilleurs résultats immédiats, puis il y a eu rechute, réinoculation ou insuffisance du râclage nous l'ignorons.

Mais nous devons dire que l'aspect de cette malade nous avait fait songer à une tuberculose que l'examen n'a pu nous faire vérifier.

Nous avons cherché à nous enquérir de son état actuel, et des suites de son séjour à l'Hôpital. Elle a quitté Paris immédiatement après sa sortie et on n'a pas pu nous donner aucune nouvelle à son sujet. C'est pourquoi nous sommes obligé de laisser incomplète cette observation.

(1) *Journal des sages-femmes*, 1er mai 1892.

(2) *Nouv. arch. d'obstétr.*, 1892, p. 454 et seq.

(3) Quand dans nos observations nous disons infection, le 4e ou 5e jour, nous voulons simplement exprimer que les symptômes d'une infection confirmée ont apparu à cette date.

M. Pichevin (1) étudiant les causes ordinaires des insuccès du curettage les range sous quatre chefs, qu'il nous suffira de signaler : 1° fautes contre l'antisepsie, 2° réinfection secondaire, qui peut être due à l'évacuation de produits septiques contenus dans les trompes et tombant dans l'utérus. 3° Mauvaise technique opératoire. 4° Opération non justifiée ou insuffisante.

Cependant, comme nous l'avons vu, le curettage reste indiqué même avec des lésions périmétritiques : la guérison est plus longue, mais s'affirme cependant. Une des observations de Chartier est absolument probante à cet égard ; il s'agit d'une femme curettée par M. Doléris au 4e jour de l'infection et chez qui la température resta élevée pendant un mois. L'état général fut tantôt satisfaisant, d'autres fois très inquiétant ; la guérison cependant arriva et se maintint définitivement.

Suivant l'état des lésions, suivant la virulence des microorganismes, la maladie réagit plus ou moins rapidement. Il y a deux autres coefficients très importants dont il faut tenir compte : l'un mal connu est la résistance du sujet, l'autre consiste dans l'époque choisie pour l'intervention.

(1) *Nouv. Arch. d'Obstét.* 1890, p. 624.

CHAPITRE V

Valeur comparative des divers modes de traitement de la septicémie puerpérale

Il ne peut être question ici des méthodes applicables aux formes généralisées si elles ne sont pas comparables au curettage puisqu'elles visent d'autres états.

Nous ne parlerons donc ni de la laparotomie, ni même des bains froids. Cependant nous dirons que les bains froids (1) peuvent être un adjuvant des autres méthodes, et rentrent à cet égard dans le traitement général.

Restent les injections intra-utérines, les irrigations continues, le drainage utérin, l'écouvillonnage.

L'écouvillonnage n'est guère qu'un procédé complémentaire ; c'est un curettage déguisé.

Du drainage nous ne parlerons guère, il est à peu près inusité à présent, du moins n'emploie-t-on que le drainage par les lanières de gaze et surtout pour assurer l'antisepsie et l'hémostase après le curettage.

Dans les formes bâtardes de la septicémie puerpérale (2), les injections intra-utérines intermittentes sont et demeurent

(1) Macé. *Gaz. hopitaux* décembre 1894.

(2) Labadie Lagrave et Gouget (La fièvre puerpérale d'autrefois et la fièvre puerpérale d'aujourd'hui. *Annales gynécologie*, Octobre 1891.)

le traitement nécessaire et suffisant. Mais il ne faut pas leur demander plus qu'elles ne peuvent donner.

Misrachi, de Salonique, dans des expériences souvent répétées, a pu constater que, même faites avec des précautions extrêmes, les injections étaient incapables de détacher les caillots intra-utérins, à plus forte raison, ne pourront-elles enlever l'endomètre ou les lambeaux de caduque. Elles n'ont donc qu'un effet mécanique illusoire ; il leur reste leur pouvoir antiseptique.

Les expériences faites par MM. Auvard et Budin ont démontré l'insuffisance du lavage de l'utérus.

Malheureusement la pénétration des liquides antiseptiques ne se fait pas à une grande profondeur sans déterminer des phénomènes d'intoxication, qu on évite en employant des substances peu ou pas toxiques.

Les injections intra-utérines sont applicables en principe, ainsi que nous l'avons dit, à toute infection puerpérale ayant son point de départ dans la matrice. Elles seront employées seules si l'affection rétrocède rapidement, elles seront employées simplement pendant une période courte, si la température et les phénomènes locaux ne témoignent pas du bénéfice qu'en retire la malade.

Y a-t-il entre les irrigations continues et les injections intermittentes une différence de procédé ou une simple question de degré ; nous serions tentés d'admettre la seconde hypothèse.

Très vantée par MM. Pinard et Varnier, admise, puis répudiée par d'autres, considérée comme impraticable par Fritsch, l'irrigation continue a contre elle la difficulté de son installation. D'autre part, son pouvoir antiseptique semble supérieur à celui des injections intermittentes. Nous l'admettrions volontiers comme traitement d'essai pendant 24 ou 48 heures,

dans les formes où d'autres recommandent le curettage d'emblée.

En somme, aucune de ces méthodes ne remplace le curettage. Il est permis de les utiliser comme manœuvres d'essai, mais avec l'intention de ne pas s'y arrêter, si les bénéfices qu'on en retire ne sont pas évidents.

Une nouvelle thérapeutique des manifestations puerpérales tend à se faire jour. Basée sur les propriétés du sérum antistreptococcique, elle est tout au moins un adjuvant précieux des procédés chirurgicaux, qu'elle semble devoir suppléer ou remplacer (1).

(1) *Société de Biologie*. 30 mars 1895. Communication de MM. Roger, Charrin, Marmorek.

Société de Biologie, 4 mai. Josué et Hermary.

Société de Biologie, 11 mai. M. Jacquot (de Creil).

OBSERVATIONS

§ 1. Observations personnelles

Obs. III. — *Accouchement spontané à 8 mois. Phénomènes septiques tendant à la généralisation avec prédominance des lésions utérines. — Curettage. — Guérison.*

Le 5 Juin 1894 entrait dans le service de mon maître, M. le docteur Ribemont-Dessaignes, C..., Blanche. 22 ans, couturière, primipare. Ses règles n'ont pas paru depuis le 13 octobre 1893.

L'examen révèle une présentation du sommet en position gauche. Les membranes se sont rompues avant l'arrivée de la parturiente.

Elle accouche spontanément, 14 heures après son entrée à l'hôpital.

La délivrance est normale et complète et derrière elle s'est amassée une grosse poche sanguine.

Suites de couches. Bien que le traitement habituel des parturientes dans le service, semble avoir été rigoureusement appliqué, le 5me jour au matin, la malade est prise d'un frisson violent et sa température jusque là normale monte à 38° 5.

A trois reprises différentes dans le courant de la journée on pratique d'abondants lavages intra-utérins, avec la solution de permanganate à 1 p. 4000.

La température se maintient basse pendant les deux jours

suivants, mais la douleur que la malade accuse, s'accentuant dans la fosse iliaque droite, M. le docteur Ribemont fait appliquer 10 sangsues dans cette région.

Trois fois par jour on renouvelle les injections intra-utérines.

Malgré cela le 7e jour la température remontait à 38°4 pour atteindre 40° 7 le matin du 8e jour. Un frisson très marqué accompagnait cette hyperthermie. Il fut suivi de plusieurs autres dans la matinée.

En même temps apparurent des phénomènes de pleurésie diaphragmatique, avec affaiblissement du murmure vésiculaire à la base du poumon droit.

Du côté de l'abdomen la douleur s'est étendue, il existe du ballonnement et de l'hyperesthésie cutanée.

Le curettage fut pratiqué immédiatement par M. Ribemont.

Il donna lieu à l'expulsion de lambeaux de caduque atteints d'endométrite.

Un lavage d'un litre d'une solution iodo-iodurée à 1/100 termina l'opération.

Le vagin et l'utérus furent tamponnés à la gaze iodoformée.

On maintint de la glace en permanence sur le ventre et on administre à la malade 1 gr. 50 de sulfate de quinine en deux doses

La température se maintint au-dessus de 40 dans la soirée.

Le lendemain, 9e jour, Temp. 38°5 matin : 37°8 soir.

Pendant les trois jours qui suivirent la courbe thermique donne 37 le matin ; 38 le soir.

Les pansements vaginaux sont faits tous les jours. On n'a pas répété l'injection iodée.

Ce n'est que le 13e jour, c'est-à-dire cinq jours après le curettage, qu'on supprime la vessie de glace.

La malade sortit guérie le 16e jour.

Obs. IV. — *Accouchement à terme (?). — Hémorrhagies utérines pendant le travail et après l'accouchement. — Délivrance artificielle. — Infection le 3e jour. — Curettage le 7e jour. — Guérison.*

G... Louise, 22 ans, primipare, blanchisseuse, entre dans le service de mon maître, M. le Docteur Ribemont-Dessaignes, le 27 avril 1894.

Bonne constitution. Bassin normal. Urine normale. Réglée régulièrement depuis l'âge de 15 ans. La date des dernières règles est inconnue.

Pas de malaises pendant la grosssesse. Premières douleurs le 27 avril 1894 à 1 h. du matin.

Entre à l'hôpital à 3 heures. — Présentation du sommet en DP. Auscultation négative. Col court ouvert dans toute son étendue.

A chaque contraction, un flot de sang s'écoule de la vulve.

A 5 h. 20, rupture artificielle des membranes. Le travail continue sans perte de sang, mais la malade est très pâle.

Dilatation complète à 8 h. 40 du matin. Accouchement spontané à 8 h. 45. — Enfant mort-né du sexe féminin et du poids de 2720 g.

Aussitôt après l'accouchement, hemorrhagie abondante. Je fais immédiatement la délivrance artificielle.

Le placenta pèse 470 gr. Les membranes sont déchirées.

Arrêt de l'hemorrhagie après une injection intra-intérine à 48° mais la malade reste dans un état syncopal.

On lui fait deux piqûres d'éther et trois piqûres de caféine. Inhalations d'oxygène.

Suites de couches. 1° Temp. 36°8 ; m. — 38 s.

2° Temp. 37°3 ; m — 36°7 s.

3° Temp. 36°4 ; m — 38°5 s.

Deux injections intra-utérines de 6 litres, l'une le matin, l'autre le soir.

4e jour. Temp. 38°2 ; — 39°5.

Même traitement que la veille.

5e jour. Temp. — 38°6 ; — 39°5.

Lochies fétides. Nouvelles injections intra-utérines.

6e jour. Temp. — 38°4 ; — 39°4.

Le 7e jour, M. le Docteur Ribemont fait un curettage. Ecouvillonage avec un tampon imbibe de la solution de glycérine créosotée.

Temp. du soir. — 39°2.

8e jour. Temp. 38°2 ; — 39°2.

9e jour. Temp. 38°4 : — 38°8.

10e jour. Temp. 37°4 ; — 38°4,

On fait un pansement tous les deux jours.

La malade de souffre pas, mais elle est toujours très anémiée.

Cette femme reste encore sept jours dans le service, sa température pendant cette période oscille entre 37 et 37°5.

Sortie guérie.

Obs V. — *Accouchement gémellaire.— Infection. utérine.— Curettage. — Guérison.*

L.... Madeleine, 25 ans, 4 ipare, entre dans le service de mon maître M. le Docteur Ribemont-Dessaignes le 1er mai 1894, à 4 h. 45 du matin.

Ses trois accouchements se sont terminées :

Le 1er spontanément à terme.

Le 2e (grossesse double) accouchement prématuré à 7 mois.

Le 3e spontanément et à terme.

Les dernières règles datant du 5 août, elle est enceinte de 8 mois.

A son entrée, on constate de l'œdème des jambes et de la région pubienne.

Urines normales.

Cette femme a été examinée en ville et a subi plusieurs touchers de la part d'un médecin et d'une sage-femme.

L'accouchement se termine presque immédiatement par l'expulsion successive, et à 10 minutes d'intervalle de deux enfants vivants, une fille de 2650 gr. et un garçon de 3100 gr.

La délivrance se fait spontanément une demi-heure plus tard, mais l'arrière-faix est incomplet ainsi qu'on peut le constater par l'examen.

Les deux poches sont réunies par un pont de 6 cent. et les deux cordons s'insèrent chacun sur un placenta.

Suites de couches. La température restée normale pendant les deux premiers jours, monte le matin du 3e jour à 38°3 et à partir de ce moment elle suit une progression ascendante dont les étapes sont les suivantes.

3e jour. — 39° 2 soir.

4e jour. — 39° 6 m. — 40°6 s.

En même temps on note une douleur très marquée dans toute la région hypogastrique, exaspérée par la palpation, sans ballonnement.

Dès le 3e jour on institue les injections intra-utérines abondantes avec la solution de permanganate.

Le 4me jour au matin, les injections sont répétées; et quatre fois dans l'après-midi, on fait des injections avec la solution phéniquée à 1 p. 100.

Conjointement avec ces topiques il est appliqué douze sangsues sur la région douloureuse.

Le degré de 40°6 noté sur le graphique de température s'accompagne d'un frisson violent.

Le lendemain matin l'abaissement produit n'est que d'un degré et M. le Docteur Ribemont décide de pratiquer le curettage.— Les produits de râclage sont purulents, composés en partie de membranes putréfiées, partie de caduque blanchâtre; ayant l'apparence de lait caillé.

Un lavage d'une solution iodée 1 p. 100 permet de cautériser

et d'antiseptiser la cavité utérine ; tamponnement modéré de l'utérus et très serré dans le vagin avec des queues de cerf-volant en gaze iodoformée.

Le soir la température atteint encore 39° 4.— le lendemain matin, 6 mai 38° 2.— pansement utérin sans lavage iodé. — Temp. 38°2 le soir.

Le 7 mai 37° 8 ; — 38° — lavage de l'utérus avec la solution iodée.

A partir de ce moment le traitement consiste en injections simplement vaginales et la température reste à 37°.

Il y a à noter cependant que le 9e jour la température atteignit une seule fois 38°3 : fait d'ordre émotif.

Elle quitte l'hôpital, malgré les observations qui lui sont faites, 13 jours après son accouchement. Son état à ce moment est très sastifaisant.

Obs. VI. — *Placenta prævia. — Plan latéral pendant la grossesse. — Transformation en sommet. — Délivrance artificielle. — Infection le 5e jour. — 1er Curettage au 9e jour des suites de couches. — Guérison apparente. — 2e Curettage le 21e jour. — Guérison. — Anémie très prononcée.*

G... femme G., 34 ans, cuisinière, multipare, entre dans le service de mon maître, M. le docteur Ribemont, le 3 décembre à minuit 1/2.

Cette femme est accouchée deux fois spontanément, d'enfants à terme.

Dernières règles, 11 avril. Terme de la grossesse actuelle, 8 mois.

Vers le 7e mois de la grossesse, apparaît un petit écoulement sanguin qui dure plusieurs jours.

Dans la nuit du 2 décembre vers 2 heures du matin, hémorrhagie.

Le 3, à 2 heures et à 7 heures, nouvelles hémorrhagies.

La sage-femme qui a examiné la malade en ville, pose le diagnostic de placenta prœvia et l'envoie à l'hôpital.

Les premières douleurs apparurent avec la 3me hemorrhagie.

A son entrée dans le service, elle est exsangue.

On trouve l'orifice dilaté comme une pièce de 5 fr., mais dilatable comme une paume de main. Le fœtus présente le plan latéral.

Je romps les membranes. Immédiatement après l'écoulement du liquide, le plan latéral se transforme en présentation du sommet.

Je me hâte dans l'intérêt de la mère de terminer l'accouchement au plus vite et fais la version podalique par manœuvres internes.

A minuit 40, extraction d'un enfant mort du sexe masculin, du poids de 2500 gr.

Délivrance artificielle.

L'utérus restant mou, je fais une piqûre d'ergotine Yvon.

La malade est mise à l'alcool et au champagne.

Suites de couches. — Dès le second jour, le soir, malgré deux injections intra-utérines faites dans le couraut de la journée, la température atteignait 38°6.

Les phénomènes locaux furent peu accentués.

Les lochies peu fétides jusqu'au 7 décembre où la température atteignit le soir 40°.

Mais comme la seule indication d'une intervention résidait dans la température, on résolut de temporiser.

Pendant les trois jours qui suivirent, la malade fut régulièrement soumise au traitement suivant :

Injections vaginales toutes les 2 heures, nuit et jour, avec la solution de permanganate, et 3 fois par jour, grands lavages intra-utérins avec la même solution. Potion tonique.

Pendant ce temps, les symptômes utérins prirent de l'extension, mais avec eux, plus rapidement qu'eux, apparaissent la fétidité des lochies, le ballonnement du ventre, le facies grippé.

En présence de ces phénomènes à marche rapide et pour parer au plus pressé, M. Ribemont fait suivant sa technique habituelle, le curettage de l'utérus, avec grans lavages à la solution iodo-iodurée.

Tamponnement utérin et vaginal.

La curette a ramené du pus en abondance, et des lambeaux de muqueuse putréfiée en grande quantité.

24 heures plus tard, la température était tombée à 37°4 et s'y maintenait pendant 4 jours.

Les pansements furent régulièrement faits chaque matin.

Le 18, nouvelle alerte, le thermomètre a marqué 38°5.

La thérapeutique se borne pour cette fois à deux injections intra-utérines, quotidiennes.

Le 20, la température qui pendant 24 heures s'était abaissée à 37°, remonte à 40°6 en même temps que reparaissent les phénomènes douloureux.

Le col utérin étant presque fermé, on y introduit une tige de laminaire, dans le but de préparer un nouveau curettage pour le lendemain.

Dans la journée la malade prend 1 gr. 50 de sulfate de quinine.

Pendant les 3 jours suivants amélioration sur toute la ligne, l'idée du curettage est abandonnée.

La température reste basse, 37° : 37° 5.

Mais le 24 la température monte et se maintient toute la journée à 40°5.

Le col utérin est resté béant depuis la dilatation par les tiges de laminaire et laisse écouler des gouttes de pus.

Je pratique alors un nouveau curettage à la suite duquel la température tombe pour se maintenir aux environs de 37°5.

Je quitte le service à cette époque laissant la malade en bon état mais très anémiée.

Les douleurs n'ont pas reparu, mais malgré un régime tonique régulièrement suivi, son état de faiblesse la maintint dans le service pendant plus d'un mois.

Le 20 et le 21 janvier la fièvre réapparaît et son tableau graphique présente à cette époque une progression lentement ascendante.

Le 31 janvier la température étant de 39° sans qu'aucun phénomène abdomino-génital puisse expliquer cet état, la malade passe dans un service de médecine, d'où elle sort le 8 février sur sa demande.

Pendant ces huit jours le traitement a été purement tonique.

Obs. VII. — *Métrorrhagies douze jours après l'accouchement. — Curettage. — Guérison de l'affection utérine. — Phlébite consécutive.*

V... Francine, entrée à la Maternité de l'hôpital Beaujon, le 23 juin 1894, accouche le même jour d'un garçon du poids de 4370 gr.

La délivrance se fait spontanément, elle est naturelle et complète.

Tout étant normal dans ses suites de couches, on la laisse partir le 9e jour.

Trois jours plus tard, elle est ramenée dans le service, à la suite d'une métrorrhagie très abondante.

On lui fait des irrigations vaginales chaudes et le 7 au matin (14e jour) l'écoulement sanguin continuant et la température étant de 38°, M. le docteur Ribemont pratique le curettage qui ne ramène aucun débris purulent, mais de la muqueuse molle et pulpeuse.

Les phénomènes métrorrhagiques ont définitivement disparu.

La température étant élevée, l'examen permet d'en trouver l'explication dans une phlébite manifeste dès le lendemain du curettage.

Ce fut une phlegmatia double du type à bascule dont l'évolution demanda 70 jours.

A aucun moment pendant cette période on ne constata de phénomènes douloureux ni hémorragiques du côté de l'utérus.

Obs. VIII. — *Sommet élevé. — Bassin rétréci. — Version. — Enfant vivant. — Infection. — Curettage. — Mort.*

G..., femme F..., 41 ans, entre dans le service de M. Ribemont le 23 février 1895 à 8 h. 30 du matin. 15e grossesse, 10 à terme. Une à 2 mois, une à 3 mois, deux à 4 mois. Constitution bonne. Réglée irrégulièrement depuis l'âge de 15 ans.

Dernières règles 28 mai.

Grossesse normale.

Apparition des premières douleurs le 23 février 1895, à 1 heure 30 du matin.

Arrive à l'hôpital à 8 h. 30 du matin.

Examen. — Sommet élevé. Dos à gauche. Bruits du cœur à gauche très lents. Dilatation complète. Poche d'eau énorme. Promontoire accessible.

A 8 h. 45 on rompt les membranes, le liquide s'écoule vert, et l'orifice revient sur lui-même ; le sommet reste toujours très élevé.

Comme on n'entend plus les bruits du cœur on fait la version par manœuvres internes.

L'évolution se fait rapidement, mais la tête placée en transverse au détroit supérieur ne peut descendre. On la met dans un diamètre oblique et l'extraction a lieu à 9 heures du matin.

Garçon né en état de mort apparente est insufflé et ranimé rapidement.

Délivrance naturelle et complète 5 mois après.

Suites de couches :

Le 4e jour. Temp. 39°5. Lochies fétides. Lavage intra-utérin.

Le 5e jour. Temp. 38°6. Lavages.

Le 6e jour. Temp. 39°4.

Le 7e et 8e jour Temp. 39°6 et 39°4.

Curettage par M. Ribemont.

Débris muqueux abondants, putrides.

9e jour 39°6, œdème et lymphangite de la vulve et des cuisses.

La malade a le ventre ballonnée, la température reste toujours élevée. Vomissements bilieux.

Elle meurt le 14me jour à 8 h. 30 du soir.

Autopsie. — Utérus gros, volumineux, insertion placentaire masquée par de nombreux débris.

Péritonite localisée du petit bassin, pus épais, verdâtre, surtout dans le cul-de-sac de Douglas ; infiltration purulente de la région hypogastrique.

A la coupe on voit la section des veines largement ouvertes. Phlébite.

Obs. IX. — *Accouchement gémellaire. — Infection utérine le quatrième jour. — Curettage. — Guérison.*

C. femme V... 25 ans, entre dans le service d'accouchements de l'hôpital Beaujon le 14 février 1895 à 5 h. 20 du matin.

Secondipare. Dernières règles 1er au 7 mai 1894.

Rupture des membranes et touchers répétés par une sage-femme de la ville.

Envoyée à l'hôpital douze heures après.

Grossesse gémellaire — les deux enfants se présentent par le siège et sont extraits vivants.

La délivrance se fait spontanément 10 minutes plus tard, elle est complète.

Suites de couches. — Le quatrième jour, première manifestation fébrile temp. 38°5, le soir. Le cinquième jour 35°8 — 39°5.

Pendant ces deux jours injections intra-utérines abondantes.

Le sixième jour la température était de 38°6 le matin ; les lochies très fétides.

Curettage fait par M. Ribemont.

La température reste à 38°5 ; pendant toute cette journée et le lendemain.

Le huitième jour, temp. 37°6 le matin. Dès lors tout rentre dans l'ordre et la malade quitte le service le treizième jour sans aucun phénomène douloureux ni fébrile.

L'utérus a subi en gande partie son involution.

Obs. X — *Infection le cinquième jour des suites de couches Curettage. — Guérison.*

H... P... 20 ans, blanchisseuse, entre dans le service de M. Ribemont, le 10 mars 1895, à 3 h. 30 du soir.

De bonne constitution, cette malade a été réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans et depuis régulièrement.

Ses dernières règles datent du 17 juin, elle est à terme.

Envoyée chez une sage-femme de la ville attachée à l'hôpital. Son accouchement a été normal. Il a lieu le 5 mars 95 à 11 heures du matin.

Le 10, la malade est ramenée dans le service pour cause d'infection.

Température 38°2. Douleur au niveau du globe utérin; lochies fétides.

Curettage immédiatement après son arrivée; la curette ramène des débris de caduque; pansement et tamponnement utérin iodoformé.

La température tombe à 37°3 le 11 au soir et se maintient à la normale.

Sortie de la malade le 18.

Obs. XI. — *Phénomènes infectieux. — Curettage. — Guérison.*

Marie A....., 25 ans, entre dans le service de M. le docteur Ribemont le 8 octobre 1894 à 10 heures du matin.

Secondipare, 1re grossesse normale. Accouchement compliqué

d'élévation de température. On voit sur la paroi abdominale les cicatrices de 24 sangsues.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 12 ans. Dernières règles le 7 janvier, terme 9 mois. Grossesse normale.

Le 25 octobre vers 3 heures du soir, cette femme perd un peu de sang ; à 4 heures la dilatation est complète, pas de douleurs.

Les membranes se rompent spontanément.

Le sommet engagé se présente en O. I. D. A. Les contractions restent indolentes et ne se manifestent que sur la volonté de la parturiente.

L'accouchement se termine spontanément à 4 h. 25 du soir.

Fille vivante du poids de 3150 gr. Délivrance naturelle 15 m. après.

Les membranes sont incomplètes, mais en faisant une injection intra-utérine on en ramène un grand lambeau.

Suites de couches. — Le 27 (lendemain de l'accouchement) la température vespérale atteignit 38°.

Une injection intra-utérine fut administrée avec la solution de permanganate.

Peu après éclata un frisson violent, accompagné de douleurs névralgiques du côté du cou et de la nuque.

Traitement : 1 gr. d'antipyrine.

Le 28, 39°4 ; 39°6, 4 injections intra-utérines dans la journée.

Douleurs sur le côté droit de l'utérus.

Pas de ballonnement — pas de nouveaux frissons.

Dans la nuit la température oscille entre 37 et 39 pour donner 36°4 à l'heure de la visite.

En présence de ce type pyohémique de la fièvre et des douleurs utérines, je fais, suivant l'usage adopté par mon maître M. Ribemont, un curettage pour mettre un terme à cette infection.

La séance se termine par un lavage intra-utérin de 4 litres de la solution de permanganate à 1 p. 2000.

Puis avec un petit tampon monté sur une longue pince à pan-

sement utérin, je nettoie encore la cavité et badigeonne ses parois avec la teinture d'iode normale.

L'excès de caustique est enlevé par une nouvelle injection intra-utérine.

Tamponnement de l'utérus et du vagin avec des lanières de de gaze iodoformée.

Dans la journée, on donne à la malade une potion tonique.

Le graphique marque les températures suivantes : 38° à 2 heures ; 38°5 à 4 heures ; 39° à 8 heures ; 38°5 à 10 heures.

Le lendemain, la température oscilla toute la journée entre 38°5 et 38°8.

Les phénomènes douloureux ont disparu, la malade est calme, le facies excellent.

Le 31, la température s'établit à 37°5 pour osciller aux environs de 37 jusqu'au 2 novembre.

M. Ribemont est obligé de faire évacuer le service à cette époque pour cause d'épidémie de variole. Notre malade passe dans un service de médecine d'où elle sort parfaitement guérie après quelques jours de repos.

§ 2. **Observations inédites**

(*dues à l'obligeance de M. le Professeur Tarnier*).

Obs. XII. — *Infection le 4e jour. — Curettage le 7e. — Broncho-pneumonie. — Guérison des phénomènes utérins. — Phlegmatia.*

Le 2 novembre 1890, entrait à la clinique de la rue d'Assas, L... Joséphine, cuisinière, agée de 38 ans, primipare.

Reçue dans le service de gynécologie pour y être soignée de pertes blanches.

Le 5 décembre, apparition des premières douleurs à 1 heure du matin.

Les douleurs rares d'abord, ne déterminent la rupture des membranes que le 6 à 2 heures du matin. L'accouchement se termine spontanément en O P à 3 heures de l'après-midi. Le délivre reste dans l'utérus. M. Tissier, chef de clinique, examine l'accouchée à 6 heures et trouvant le col perméable et le placenta encore adhérent, ordonne de grandes injections.

A 9 heures métrorrhagie, Mlle Hanicot sage-femme en chef, touche la femme et trouve le col presque fermé et appliqué sur le cordon. Elle pratique avec beaucoup de peine la délivrance artificielle qui dure 25 minutes.

A quelques centimètres du placenta principal, se trouve sur les membranes, un cotylédon supplémentaire relié au placenta par de gros vaisseaux faciles à suivre.

Suites de couches. — Pendant les jours qui suivirent, des injections intra-utérines furent pratiquées.

Le 7, temp. 36°6 m. 36°9 s.

Le 8, temp. 36°5 m. 36°9 s.

Le 9, temp. 38°4 m. 39°8 s. injection intra-utérines.

Le 10, temp. 37° m. 38°2 s. 0 gr. 50 sulfate de quinine.

Le 11, temp. 37°5 m. 40°1 s. injections intra-utérines.

Le 12, temp. 39°4 m. 39°6 s. le matin la malade est purgée avec de l'huile de ricin ; le soir frisson : administration d'un cachet d'antipyrine, 1 gr.

Le 13, temp. 37°6 m. 39°8 s. M. le professeur Tarnier pratique le curettage après avoir constaté la douleur utérine et la fétidité des lochies.

L'examen de la malade fait reconnaître en plus chez elle, les symptômes d'une broncho-pneumonie.

Le 14, temp. 37°6 m. 37°9 s. le pansementvaginal a été fait le matin; les injections intra-utérines ne sont pas renouvelées.

Le 15, temp. 37°2 m. 38°4 s.

A partir de cette époque, les phénomènes utérins ont disparu.

Le 19, temp. 38°5 m. 38°6 s. Cette élévation coïncide avec une nouvelle poussée pulmonaire, Ventouses sèches.

L'état du poumon s'améliore rapidement.

Le 23. Apparition d'une phlegmatia de la jambe gauche qui fait rester la malade à la Clinique jusqu'au 26 janvier 1891, époque à laquelle elle sort guérie.

Obs. XIII. — *Phénomènes infectieux le 4e jour. — Curettage le 9e jour. — Prolongation des symptômes d'infection.*

B... Marie, primipare, grossesse à terme, entre à la clinique de la rue d'Assas le 18 décembre 1892.

Présentation : OIGA. Bruits fœtaux normaux.

Les membranes se rompent prématurément au moment où la dilatation cervicale était égale à une pièce de deux francs.

L'accouchement se fait seulement 9 heures plus tard : garçon vivant du poids de 3180 gr.

Délivrance naturelle et complète trois quarts d'heures après l'accouchement.

Suite de couches. Pendant les trois premiers jours, la température reste normale mais le 21 elle montait le soir à 38°8. On administre à la malade 0 gr. 50 de sulf. de quinine et on panse avec soin quelques eschares vulvaires qu'elle présente.

Le 22, temp. 36°8 m. 39°1 s. injection intra utérine iodée.

Le 23, temp. 37°2 m. 39°7 s. injection iodée à 3 gr. par litre.

Le 24, temp. 37°3 m. 39°6 s. même traitement.

Le 25, temp. 38°2 m. 40°2 s. injection ; 1 gr. sulf. quinine. Potion de Todd.

Le 26, temp. 37° m. 38°6 s.

Le 27, temp. 38°2 m. 40°2 s. la température élevée du matin a coïncidé avec un frisson prolongé, Curettage.

Le 28, temp. 39°4 m. 38°8 s. le pouls est à 120. On installe l'irrigation continue pendant 6 h.

Le 29, temp. 38°5 m. 39°6 s. 3 h. d'irrigation continue.

Le 30, temp. 39°5 m. 39°7 s. pouls 120, lotions froides.

Le 31, temp. 38° m. 38° s. 6 h. d'irrigation continue (eau bouillie).

1er janvier 1893, temp. 38°4 m. 37°5 s. pouls, 108 ; injections d'eau bouillie.

Pendant cinq jours, la température oscille entre 37°5 et 38°5, le pouls entre 92 et 108. On continue les irrigations à l'eau bouillie.

Le 5 au soir, temp. 38°6, pouls 112 ; 1 gr. antipyrine.

Le 7, congestion pulmonaire gauche; 4 gr. antipyrine.

Jusqu'au 10, la température vespérale reste aux environs de 39°4, et la malade sort sur sa demande expresse pour se faire soigner chez elle.

Les renseignements demandés à son adresse le 5 mars par M. le professeur Tarnier, apprennent qu'elle a dû garder le lit pendant plusieurs semaines ; elle est, au moment où la réponse fut donnée, parfaitement guérie.

Obs. XIV. — *Infection le 6e jour. Curettage le 8e. Guérison immédiate.*

R... Marie, 3 ipare, entrée à la clinique de la rue d'Assas le 28 juin 1893. Grossesse à terme.

Trois semaines plus tôt, a présenté les symptômes prodromiques de l'éclampsie avec albuminurie. Régime lacté absolu. Accouchement facile et rapide le 28, d'un garçon du poids de 2920 gr. Délivrance naturelle.

Suites de couches. — Jusqu'au 3 juillet (6e jour) tout se passe normalement, la température est de 37° ou 36°5. L'utérus indolent.

La température vespérale du 3 juillet atteint 39°, l'utérus est sensible vers ses cornes, injections intra-utérines iodées répétées le lendemain car temp. 39°7 m. et 38°2 s.

Le 5, en présence du chiffre de température de 40°2, M. le Professeur Tarnier a recours au curettage.

La température reste le soir à 40°2, mais le lendemain elle retombe à 36°5 et se maintient aux environs de 36° jusqu'au départ de l'accouchée qui a lieu le 16 juillet.

Obs. XV. — *Accouchement prématuré. — Albumnurie. — Infection le 3e jour. Curettage le 7e. — Guérison.*

B... Marie, entre à la clinique le 13 août 1894. Elle présente des troubles prémonitoires de l'éclampsie.

L'examen du bassin démontre qu'il est rachitique et un peu rétréci dans son diamètre promonto-sous-pubien.

Le 15, apparition des contractions à 7 h. du matin. Accouchement le 16 à 5 h. 30 du soir d'une fille du poids de 1650 gr.

Petite lésion de la fourchette vulvaire.

Délivrance naturelle et complète.

Suites de couches. — Le 17 août, temp. 37° m. 37°6 s.

Le 18, temp. 36°2 m. 38° s. Urines, 2 litres. 2 gr. d'albumine par litre. Injection intra-uterine d'eau bouillie.

Le 19, temp. 36°4 m. 38°5 s. Frisson le soir. Injection intra-utérine de la solution iodée à 3 p. 1000.

Le 20, temp. 35°6 m. 36°4 s.

Le 21, temp. 36°6 m. 38°5 s. Injection iodée à 3 p. 1000.

Le 22, temp. 36°8 m. 38°5 s. Même traitement. Album. 2 gr. par litre.

Le 23, temp. 36°8 m. 39°2 s. Curettage le soir.

Pendant les 2 jours suivants, la température reste à 36°9.

Le 26 et le 27, nouvelles ascensions jusqu'à 38°4 et 39°2. Injections iodées. A partir de ce moment, la température reste normale.

L'albumine descend au taux de 0 gr. 50 par litre.

La malade sort le 4 septembre guérie.

Obs. XVI. — *Hémorrhagies pendant et après l'accouchement. — Délivrance artificielle. — Infection le 3e jour. — Curettage le 4e. — Guérison tardive.*

N... Louise, 28 ans, VI pare entre le 26 décembre à la Clinique de la rue d'Assas.

De cinq grossesses antérieures. Trois se sont terminées par des avortements , une à 8 mois, une à terme.

Elle présente un souffle de rétrécissement aortique.

Rupture prématurée des membranes. Hémorrhagie pendant le travail. Accouchement le 31 décembre.

La délivrance fut naturelle mais on dut aller chercher à la main des cotylédons accessoires.

Suites de couches. — Le 2 janvier la température jusque là normale se monte à 39°8, frisson. Injection iodée à 2 p. 1000.

Le 3, temp. 39°2 m. 38°6 s. Curettage. Antipyrine 3 gr.

Le 4, temp. 37°6 m. 38°5 s. Injection iodée à 3 p. 1000.

Le 5, temp. 38°8 m. 38°5 s. injections intra-utérines à 3 p. 100.

Le 6, temp. 38°8 m. 38°5 s. même traitement.

Le 7, temp. 38°9 m. 38°5 s. injection à 2 p. 1000.

Le 8, temp. 39°2 m. 38°4 s. même traitement.

Le 9, temp. 39°2 m. 38°5 s. injections intra-utérines à 3 p. 1000.

Le 10, temp. 38°5 m. 38°5 s. même traitement.

Le 11, temp. 38°2 m. 37°3 s. suppression des injections.

Le 12, temp. 37°7 m. 38°5 s. injection à 2 p. 1000.

Le 13, temp. 37°4 m. 38°5 s. injection à 3 p. 1000.

Le 14, temp. 39°5 m. 37°7 s. injection iodée.

Le 15, temp. 38°5 m. 37°3 s. injection iodée.

Le 16, temp. 36°8 m. 39° s. injection iodée.

Le 17, temp. 37°4 m. 39° s. injection de la solution de permanganate.

Du 17 au 23, aucune amélioration. Lochies purulentes. Température au voisinage de 39°. Injections de permanganate de potasse.

Le 23 chûte définitive de la fièvre, disparition de la purulence.

La malade sort guérie le 27 janvier.

Obs. XVII. — *Accouchement à terme. — Infection le 7e jour. — Curettage le 12e jour. — Mort* (1).

B.... Catherine, V pare, entrée le 25 mars 1892 à la Clinique de la rue d'Assas.

Grossesse à terme. Au moment de l'entrée, la dilatation du col est presque complète. L'accouchement se fait spontanément.

Petite déchirure périnéale.

Délivrance naturelle mais incomplète ; par l'introduction de la main, on ramène les membranes.

Par suite de réparation effectuée au service des bains, cette femme n'a pu être baignée ; on a fait les injections vaginales et lavages vulvaires habituels et une injection intra-utérine avec la solution de microcidine.

Suites de couches. L'état général et local est très satisfaisant jusqu'au 7e jour où la température monte le matin à 38°6 et le soir 39°8, les lochies sont fétides, la vulve escharifiée. Sulfate de quinine 1 gr. On institue les injections intra-utérines qui sont régulièrement faites jusqu'au 12e jour (4 avril).

Pendant ces cinq jours, l'utérus est manifestement douloureux, l'écoulement purulent, la température élevée à 39°3, 39°4.

Le 4, en face de cette prolongation de l'injection et de l'inutilité des injections, M. le Professeur Tarnier pratique le curettage.

La malade prend le même jour 1 gr. de sulfate de quinine.

Le produit du curage utérin fut adressé à M. le Professeur

(1) Cette observation a fait l'objet d'une leçon clinique de M. le Professeur Tarnier publiée dans le *Journal des sages-femmes*, 1er mai 1892.

Cornil, qui n'y trouva aucune trace de membranes, mais y reconnut la présence de fibres musculaires, attestant que le curettage avait été profond.

La température reste élevée pendant les trois jours suivants, mais l'état général est meilleur. Temp. 39° à 39°3 le soir.

Le 7. (15e jour) Temp. 40 le soir. Sulfate de quinine.

Le 8. Temp. 38°5, m. — 38°5 s. Frissons multiples, vomissements.

Le 9. Temp. 38°5 m. — 39°8 s. Les vomissements diminuent.

Le 10. Temp. 39°8 m. — 40° s. Délire d'abord passager, puis définitif.

L'état reste le même pendant les 3 jours qui suivent et le 14, apparaît une dyspnée intense ; ventouses à plusieurs reprises.

Le 15. Temp. 40° mort à 4 h. soir.

Autopsie faite par M. Vignal : aucune trace de péritonite, ni exsudat, ni liquide. — Poumons congestionnés aux bases, crépitants. Plèvres saines. Cœur et péricarde normaux.

Le foie est gros, jaunâtre, mais les coupes sériées ne montrent ni collection abcédée, ni extravasation sanguine.

La rate, quoiqu'il y ait eu infection, est ferme et peu volumineuse.

Les reins sont altérés, jaunâtres, mais ne contiennent pas de pus.

L'utérus extérieurement semble sain. La veine utéro-ovarienne du côté droit est volumineuse et très foncée ; elle contient un long caillot noir. En coupant la corne gauche de l'utérus, on voit sourdre, une grosse goutte de pus, provenant d'un trajet purulent, gros comme une plume de corbeau, sous-jacent à la trompe gauche et se perdant dans les ligaments postérieurs de l'ovaire au niveau des ganglions lombaires, qui sont blancs, gros, infiltrés de pus non collecté.

La cavité utérine est recouverte de pus, mamelonnée, épaisse, tomenteuse, ayant l'apparence de bourgeons charnus.

Les sillons sont très peu accentués et comme nivelés. En avant

et à ganche, zone placentaire dont la muqueuse saillante est infiltrée de fibrine.

OBS. XVIII. — *Rétention de la caduque — Infection — Curettage — Ecouvillonnage — Mort par embolie pulmonaire.*

D... Nathalie, secondipare, entre le 19 novembre 1894 à la Clinique de la rue d'Assas. Sa grossesse a été signalée par des syncopes et des pertes leucorrhéiques.

Elle accouche normalement le 20 novembre d'un garçon pesant 2700 gr. La délivrance se fait spontanément mais la caduque manque et comme les membranes semblent incomplètes, on fait l'exploration manuelle de l'utérus, sans trouver rien à extraire.

Suites de couches. Dès le soir du 2e jour, la température monte à 38°6, un frisson secoue l'accouchée ; on institue le traitement par les injections intra-utérines avec la solution iodée à 3 p. 1000, qui sont continuées pendant 3 jours.

Le soir du 4e jours, les frissons se répétant, et s'accompagnant de vomissements, M. Demelin pratique le curettage.

Les phénomènes disparaissent pendant 3 jours.

Le 26, temp. s. 39°, réapparition du frisson ; injection iodée de deux litres.

Le 27, temp. 38°8 m. 38°8 s. Frisson, vomissements bilieux. Ecouvillonnage et injection iodée.

Le 28, temp. 39°5 m. 39°3 s. Injection iodée à 3 p. 1000, 1 gr. sulf. quinine.

Le 29, temp. 39°3 m. 40°6 s. congestion pulmonaire droite, 1 gr. sulf. de quinine, cinq lotions froides vinaigrées, 2 injections iodées.

Le 30, temp. 40°2 m. 40°4 s. congestion pulmonaire bilatérale. Sulfate de quinine. Ventouses ;

Le 1er décembre, temp. 40°2 m. 40°2 et 40°8 s., frissons à 8 h. soir et à 3 h. matin, vomissements bilieux. 2 injections utérines ;

Le 2, temp. 38°5 m. 40°2 s. congestion des poumons en avant. Ventouses. Injections ;

Le 3, temp. 39°7 m. 38°5 s. râles muqueux à droite, 1 gr. sulfate de quinine. Injection de térébenthine (abcès artificiel), deux injections utérines ;

Le 4, temp. 39°6 m. 38°8 s. sulfate de quinine. Injection utérine.

Le 5, temp. 39°3 m. 38°6 et 40°3 s. frissons à 5 h. Injection de térébenthine.

Le 6, temp. 39°7 m. 40° s. injection naphtolée. Quinine. Ventouses.

Le 7, temp. 39° m. 40° s. injection de térébenthine ;

Le 8, temp. 39°2 m. 38°7 s. envahissement complet des deux poumons.

Le 9, temp. 39° mort.

Autopsie faite 36 heures après la mort. Aucune trace de pus dans le péritoine.

Rate : entourée d'une zone purulente qui s'étend à 1 ou 2 centimètres autour de ses bords. Elle est unie à la face inférieure du foie et à l'estomac par des brides purulentes. Poids 330 gr. pas diffluente.

Plèvres : du côté gauche, adhérences fibrineuses lâches avec le poumon surtout sur ses parties latérales et le sommet; à droite, le poumon, est libre dans sa plèvre.

Le poumon gauche crépite, néanmoins, le lobe inférieur est compact, sans noyaux de broncho-pneumonie. Au centre de ce lobe, petite pierre rugueuse inégale, jaunâtre, de la dimension d'un pois et de sa loge partent des tractus fibreux, qui rayonnent et se perdent, sans avoir atteint la périphérie du poumon.

Foie : un peu volumineux, brun pâle, quelques flocons fibrineux sur le lobe droit.

Reins : G. 115 gr ; D. 110 gr. normaux.

Entre le pavillon de la trompe droite et le ligament rond, flocon fibrineux. Utérus, gros comme une orange. Les annexes sont

normales. La veine utéro-ovarienne droite est thrombosée dans presque toute son étendue. Dans le bassin elle a à peu près le calibre de l'index et à son embouchure dans la veine cave celui d'une sonde n° 18.

Parois de l'utérus normales extérieurement.

La surface interne est noire verdâtre non fétide : quelques petites inégalités dures et adhérentes vers le milieu de la face postérieure.

L'artère pulmonaire contient un caillot qui se prolonge dans le ventricule droit.

§ 3 Observations non personnelles.

OBS. XIX. — *Curettage pour infection puerpérale chez une multipare. — Guérison. (In* Th. DENIS*).* Résumée.

Femme de 38 ans, accouchée le 7 décembre de son sixième enfant,

Frissons le 9 et le 10.

Utérus douloureux, lochies fétides, Temp, 38°8, le 11.

Le 12 et 13 ; Temp. 39°2, 39°6. Infection intra-utérine phéniquée.

Le 13 au soir, curettage par le D[r] Bertheux professeur à l'École de Rennes. Nombreux débris de membranes très fétides.

Le 14 : Temp. 38°

Le 15 : Temp. 38° 1, la malade étant constipée, on lui donne un lavement. Le pansement n'a aucune odeur.

A partir de ce moment, la température reste aux environs de 37°, et le 25 janvier la malade a été revue complètement guérie.

OBS. XX. — *Curettage pour endométrite septique après accouchement gémellaire. Guérison.* (In Th. DENIS) Résumée.

Mme M..., ayant présenté pendant sa grossesse des phéno-

mènes hémorrhagiques à plusieurs reprises, accouche de deux fœtus, le 11 juillet. Délivrance normale.

Le lendemain soir, frissons. Quinine.

Le 13 et le 14, frissons répétés. Forte diarrhée. Lochies fétides, Injection intra-utérine.

Le 15, curettage. Ecouvillonnage à la glycérine créosotée.

Le lendemain, la température tombe à 37° et s'y maintient.

Etat actuel (novembre 94) : enceinte de 8 mois.

Obs. XXI. — *Curettage pour endométrite septique avec ulcération du col. — Guérison.* (In Th. Denis). Résumée.

Mme D..., atteinte de métrite depuis longtemps, devient enceinte dans le courant de l'année 1893 et accouche le 20 janvier 1894. Délivrance naturelle.

24 Janvier, apparaissent les premiers frissons avec l'accès de fièvre. Symptômes de l'infection puerpérale. Lochies très fétides.

Pendant les jours suivants, accentuation de la fièvre, 39°40. Violente céphalée. Battements dans les tempes. Douleurs dans les membres. Faiblesse extrême.

Le 28, curettage pratiqué par le Dr Bertheux. Lambeaux de muqueuse sphacélée à odeur fétide. Une assez large ulcération du col à fond grisâtre est également curettée et aseptisée.

Le 13 février, Mme D... pouvait vaquer à ses occupations.

Six mois après, elle eut une fausse couche de 3 mois, sans suites fâcheuses.

Ces observations présentent un intérêt un peu spécial, en ce sens que l'opération a été pratiquée à la campagne, où, suivant l'expression de l'auteur, les injections étant le plus souvent impraticables, le curettage s'impose souvent comme un procédé de nécessité.

Obs. XXII. — *Accouchement à terme. — Délivrance artificielle. — Accidents de septicémie grave. — Inefficacité des injections intra-utérines. — Curettage. — Guérison.* (In Th. Chartier). Résumée.

Mar... accouchée à terme, le 9 juillet à midi. Accouchement normal ; le placenta tardant à venir, la sage-femme tenta sans succès la délivrance artificielle. Hémorrhagies. Syncope. La femme est amenée à l'hôpital. Après avoir fait une irrigation vaginale, on introduit la main dans l'utérus. Le placenta ne s'enlève qu'avec difficulté ; il paraît complet. Les membranes seules manquent par places. Immédiatement après, grande irrigation intra-utérine au sublimé. On prescrit des injections vaginales toutes les deux heures.

11 juillet. Temp. matin 37°4 ; soir 37°.

12. Temp. matin 38° ; P. 100. Injection intra-utérine. Le soir, à 5 heures, grand frisson. Temp. 39° 8 ; P. 120. Ventre un peu ballonné ; pas de douleurs dans les fosses iliaques. Rien du côté des poumons ni des reins.

13. Temp. matin 39° ; soir 40°2. Deux frissons dans la soirée. Sueurs, état général mauvais. Injections intra-utérines. Légère odeur des lochies.

14. Temp. matin 39° 4 ; soir 40°. Trois injections intra-utérines. Grand frisson le soir à 6 heures. L'état devient de plus en plus grave.

15. Temp. matin 39° 4 ; P. 124. L'opération est faite à 4 heures. Temp. 40°2. On ramène une certaine quantité de débris de la caduque et des membranes, présentant une légère odeur. Injection intra-utérine. Tamponnement intra-utérin. Temp. à 8 heures du soir, 39° 5 ; à minuit 38°2.

16. Temp. 37°2 : 37°4. Amélioration considérable. Pas de douleurs abdominales.

17. Temp. matin 37°6 ; soir 37°2.

18. Temp. matin 37°1 ; soir 37°3. Injection intra-utérine.

19. On fait tous les jours un pansement jusqu'au 22. A partir de ce jour, on ne fait plus que des injections vaginales. Le 7 août, la malade sort guérie.

Obs. XXIII. — *Injection. Curettage. — Guérison.* (Dr Ferré, de Pau). Résumée (1).

Mme P... accouchée à la Maternité de Pau, le 29 octobre après un travail d'une durée de 48 heures. A subi en ville des examens répétés.

30 octobre. Temp. 37° m., 39°8 s. Irrigation intra-utérine de 17 itres, dont 12 d'une solution de sulfate de cuivre à 5 p. 1000.

31 octobre. Temp. 39°4 m. 40°2 s. même traitement.

1 et 2 novembre. Etat stationnaire.

3 novembre. Grandes oscillations de température, allant plusieurs fois dans la journée de 36°7 à 39°1. Ventre ballonné.

4 novembre. Curettage. Suppositoire iodoformé dans la cavité utérine. Tamponnement par dessus.

Pendant les 3 jours suivants, la température reste aux environs de 38°, puis tombe à la normale définitivement.

Le malade quitte la Maternité en très bon état.

Obs. XXIV. — *Infection. — Curettage. — Guérison.* — (Dr Ferré, de Pau). Résumée.

La nommée O. L..., primipare ; accouche le 6 novembre 1893, à la maternilé de Pau. Antisepsie ordinaire. Délivrance spontanée et complète.

La température pendant le travail n'a pas dépassé 37°6,

7 Novembre 1893, temp. 36°9 m. 39°3 s. Irrigation intra-uté-

(1) *Nouvelles Archives d'obstétrique*, 1894, p. 497.

rine de 12 litres, dont 6 de solution phéniquée à 2 pour 0/0 et au sulfate de cuivre à 5 pour 0/0. Temp. après l'irrigation 37°6.

8 Novembre. Temp. 37°4 m. La malade a mal dormi et éprouve du dégoût pour toute nourriture. Irrigation comme la veille, temp. 36°7 a midi, 37°7 s.

9 Novembre, temp. 36°7 m, 36°2 midi, 37°5 s.

Dégoût persiste. Abdomen se ballonne.

10 Novembre. Temp. 37°2 m. même état.

Temp. 38°9 à midi. Curettage de l'utérus.

Tamponnement de la cavité utérine et du vagin à la gaze iodoformée à 50 0/0 et abandon des tampons dans ces cavités. Temp. après le curettage 37°.

Amélioration rapide, retour du sommeil et de l'appétit, disparition du ballonnement.

Les jours suivants, encore quelques élévations de température, mais état général demeure excellent et à partir du 7e jour après l'opération les températures demeurent absolument normales.

Tampons expulsés les 5 et 6e jours. La malade quitte l'établissement en bon état. Revue qnelque temps après en parfaite santé.

Obs. XXV. — *Infection. — Curettage. — Guérison.*
(Dr Ferré, de Pau)

M. G. G..., rue des Orphelines, multipare, déjà curettée deux années auparavant à la suite d'un avortement.

Accouchement normal à terme. Délivrance normale. Le lendemain fièvre, frissons, céphalalgie, langue et dents fuligineuses, lochies fétides.

Curettage sans chloroforme avec curette mousse, drainage à la gaze iodoformée.

Chute immédiate de la fièvre et disparition des phénomènes infectieux.

Quelques jours après, phlébite du membre inférieur gauche, guérison par le repos.

Obs. XXIV. — *Embryotomie. — Infection. — Curettage. — Guérison.*

M. T..., accouche de deux fœtus, dont 1 vivant.

Embryotomie avec les ciseaux de Dubois.

Le soir même, fièvre.

Le lendemain, frissons répétés, température plus élevée, céphalalgie, insomnie.

Curettage sans chloroforme, avec les grandes curettes mousses, la cavité utérine étant très vaste.

Badigeonnage avec la glycérine créosotée au 1/3, tamponnement à la gaze iodoformée préalablement plongée dans le même liquide, et fortement exprimée.

Chute rapide de la température et disparition de tous les symptômes d'infection.

Obs. XXVII. — (*In* Th. Chartier) résumée. — *Accouchement gémellaire. — Un enfant vivant et un fœtus macéré. — Septicémie puerpérale. — Noyau de paramétrite gauche. — Curage de l'utérus au 14e jour. — Guérison.*

Anna M..., âgée de 29 ans, accouchée à l'hôpital de la Charité le 18 juillet 1887 de deux enfants, dont le dernier est macéré.

Délivrance naturelle.

Déchirures multiples des organes génitaux.

21 juillet, Temp. 38°4, sans frisson.

23, Temp. 38°8, frissons, nausées. Douleurs localisées à la corne utérine gauche. Facies terreux. Le soir, la température monte à 40°. Frissons multiples.

Jusqu'au 1er août état stationnaire, presque satisfaisant le matin, inquiétant le soir. Temp. 37°4 m., 39°5 s.

Au toucher, M. Doléris sent dans le cul-de-sac gauche une

petite masse du volume d'une noisette, de consistance dure et très douloureuse.

Le 2 août frisson violent, Temp. 40°.

Depuis le début des accidents (21 juillet) les injections intra-utérines, au sublimé à 1/2000 ont été pratiquées deux fois par jour.

Le 3 août, malgré l'existence de la *lésion paramétritique*, M. Doléris fait le curettage qui ramène d'abondants débris de muqueuse altérée et de membranes sous formes de détritus.

Le surlendemain, on nota encore 39° et quelques frissons, mais l'état général est meilleur et l'appétit est revenu.

Le 6. Temp. 37° et à partir de ce jour s'y maintient.

Le 11. Disparition de tout noyau inflammatoire.

Le 21. Guérison complète affirmée.

Obs. XXVIII.—(*In* Th. Chartier) résumée. — *Accouchement à terme. — Septicémie puerpérale traitée par les injections intra-utérines.— Curage de l'utérus le 8e jour.— Mort.*

La nommée B..., âgée de 24 ans, secondipare, accouche à terme et sans manœuvres, à l'hôpital Tenon le 14 avril 1888.

Délivrance naturelle et complète.

17 avril. Temp. 39° 5 m. Sans frisson, 1 gr. sulfate quinine, injections intra-utérines phéniquées. Glace sur l'abdomen.

18 avril. Même état, un peu de ballonnement du ventre. Temp. 38° 5 m., 40° s.

19. État général toujours mauvais. Pas de fétidité des lochies. Pas de douleur utérine.

21. Articulations rouges gonflées, douloureuses.

Curettage tenté par M. Doléris comme dernière chance de salut, ramène débris putrilagineux non fétides.

Mort le soir.

Autopsie 36 h. après. Pas de péritonite. Utérus gros flasque,

mou ; sinus béants et vides. L'examen de coupes nombreuses faites sur l'utérus permet de reconnaître l'existence d'une certaine quantité de pus près des cornes utérines, au niveau des confluents lymphatiques de chaque côté. Pas de pus dans les articulations. Pas d'abcès métastatiques.

Obs. XXIX. — Croft *In Brit. med. J.* 2 avril 1892.

Septicémie bien accusée avec endométrite et arrêt d'involution : Ecoulement non fétide mais très muqueux.

Exploration de la cavité ; retrait d'un fragment de membranes.

Irrigations utérines sans résultat. Etat alarmant. Curettage soigneux de toute la surface à la curette mousse, qui amène une grande quantité de petits caillots détachés de l'endométrium.

En trois jours, l'utérus est bien revenu et tout écoulement a cessé. Guérison parfaite.

Obs. XXX. — *Accouchement prématuré de 7 mois. — Enfant macéré. — Délivrance artificielle. — Infection puerpérale à forme pseudo-membraneuse. — Curettage. — Guérison.* — (Charrier) Résumée.

Bl... Marie, 18 ans. Syphilis au 1er mois de sa grossesse, accouchement prématuré le 1er août. Enfant macéré. Temp. 38°4.

2 août 39°4 ; 40°2. Injection sublimé 1/5000, débris de membrane.

Pas de ballonnement ni douleur.

3 — 39°8, 39°4. Vomissements, selles fétides. Douleurs abdominales.

Les trois jours suivants la température oscille entre 39°2 et 40°4, injections.

7 — Délire, langue sèche, soif violente, gencives et lèvres fuligineuses.

Curettage à 3 h. Temp. du soir, 40°4.
8. Temp. 36° m. 39° s.
9. Temp. 38°6 m. 39°6 s. Injection phéniquée.
1. Temp. 39° m. 39°6 s.
11 et 12 Temp. 38° m. 38°4 s.
Le 13 la température tombe à 37° pour garder la normale toute douleur a cessé. Guérison affirmée le 30.

Obs. XXXI. — *Accouchement normal. Infection le 5e jour. — Curettage. — Guérison.* — (Charrier). Résumée.

G... 22 ans, accouchée le 28 sept. 1888.
Délivrance par expression.
30. Lochies fétides. Temp. 39° m., 39°3 s.
Alternatives de 38° à 39°4 jusqu'au 6 octobre. Langue blanche. Ventre douloureux.
7. Curettage.
8. Temp. 37° m. 37°9 s.
11. Léger frisson. Temp. 39° 38°5.
On reprend pendant quelques jours les lavages intra-utérins.
Le 17 la température est redevenue normale : la malade est complètement guérie le 27.

Obs. XXXII. — *Accouchement normal. — Infection le 4e jour. — Curettage. — Guérison.* (Charrier). Résumée.

Fl... 21 ans, accouchée à terme le 21 juin 1890, fut sondée par erreur avec un instrument réservé à une malade atteinte de cystite purulente.
Le cinquième jour violent frisson. Temp. 40°8 matin et soir. Irrigation continue.
Le lendemain curettage pratiqué par M. Pozzi.

Deux jours encore la température reste à 40°, mais l'état typhique a disparu.

Pendant toute la semaine suivante, Temp. 38° et 38°5, puis tout redevient normal.

Obs. XXXIII. — *Accouchement normal. — Délivrance incomplète. — Rétention des membranes. — Infection. — Curettage. — Guérison.* (Charrier). Résumée.

Trente heures après l'accouchement la température était de 39° et en même temps apparurent les frissons.

Malgré une chûte de température, Temp. 37°6, le curettage fut résolu pour évacuer l'utérus des membranes fétides qu'il contenait.

La température dès lors resta à la normale et tous les phénomènes septiques disparurent.

Obs. XXXV. — *Curettage pour septicémie puerpérale. — Mort.* — (Observ. n° 460, Th. Bruneau).

La nommée X... demeurant au Mans accouche normalement le 22 juin 1872. Le 24 elle est prise de fièvre avec frisson, le ventre se ballonne, les vomissements surviennent le 25, les lochies sont fétides, l'utérus complètement relâché.

Le 27 l'état est des plus alarmants. Temp. 40°5.

Curettage pratiqué par les Drs Mélisson et Delagénière.

L'opération est difficile en raison du relâchement de l'utérus qui ne *se contracte même plus sous l'action de la curette.*

La cavité est désinfectée avec une solution de sublimé puis avec une solution de chlorure de zinc au 10e ; un gros tube placé dans le col. Après le curettage, la malade est dans un état d'ady-

namie complet ; néanmoins la température s'abaisse à 37° le soir de l'opération ; elle remonte bientôt et les symptômes abdominaux s'accentuent.

La malade succombe avec 41° de température le 29 juin 1892.

CONCLUSIONS

1° Le curettage est une opération simple, bien réglée, praticable dans tous les milieux.

2° Le curettage est de *rigueur* dans la septicémie puerpérale d'origine utérine, quand après un essai de traitement par les lavages intra-utérins on n'aura constaté aucune rétrocession sérieuse des phénomènes généraux ou locaux.

3° Le curettage est *autorisé*, surtout à la campagne, dans les formes atténuées où bien que la température soit peu élevée, on constatera la douleur uérine et la fétidité des lochies.

4° Le temps, pendant lequel, l'essai des injections utérines doit être tenté, peut être fixé en moyenne à une durée de deux jours.

5° Les hémorrahgies des suites de couches peuvent être justiciables du curettage : celui-ci sera précoce dans les formes fébriles, qu'il y ait ou non rétention placentaire.

6° Le curettage n'est pas indiqué dans les cas de rétention de membranes, sans infection concomitante.

7° L'existence de la tuberculose généralisée ou localisée ne contre-indique pas le curettage puerpéral, mais assombrit son pronostic.

8° L'existence de lésions péri-utérines de nature septique,

ne contre-indique pas le curettage. Mais il devient inutile dans les formes généralisées de la septicémie puerpérale.

9° Les divers modes de traitement opposés à la septicémie puerpérale ne sont pas comparables avec le curettage : chacun d'eux garde ses indications.

BIBLIOGRAPHIE

1850. **Récamier**. *Union Médicale.*

1857. **Tarnier**. Th. Paris. *De la fièvre puerpérale.*

1858. **Tarnier**. *De la fièvre puerpérale observée à la Maternité.*

Lorrain. Th. Paris. *De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né.*

1870. **Lucas-Championnière**. Th. Paris. *Lymphatiques utérins et lymphangites utérines.*

1872. **Quinquaud**. Th. Paris. *Essai sur le puerpérisme infectieux.*

1873. **Delaroche**. *Recherches sur la nature et le traitement de la fièvre puerpérale.*

1876. De la fièvre puerpérale et de son traitement local (*Volkmann's Samm. klin. Vortraege*).

1883. **Prochownick**. De l'emploi de la curette tranchante en Gynéc. et en Obst. (*Volkmann's. Samm. klin. Woch.*

Maygrier. Th. ag. *Des différentes formes d'épidémie puerpérale.*

Moster. *Die Tuberkulose der weiblichen Genitalien.*

Munde. *Amer. Journ. of obstetrics.*

1884. **Siredey**. *Maladies puerpérales.*

Fernet. De l'infection tuberc. par la voie génitale. (*Soc. méd. des hôp.*)

Macan. *Philad. Med. News.*

Doléris. *Acad. de Med.*

Rabeneau. *Berlin. klin. Woch.*

Ploonies. De l'emploi de la curette tranchante dans l'endométrite puerpérale *Centralbl. für Gyn.*

1885. **Adriet**. Th. Paris.

1886. **Hartwig**. *Buffalo Med. and. Surg. Journal.*

Alloway. *Canada med. and. Surg. Journal.*

Chomolgorow. *Med. Oboz. Mosk.*

Jerzykowsky. *Gaz. lek.* Warzawa.

Martinow. *Wratsch.*

Runge. Traité de la septicémie puerpérale. (*Volkmann's Sam. klin. Vortraege*).

1887. **Coe.** *Soc. obst. New. York.*

Hirst. *Am. Journ. of. Obst.*

Wassington-Each. *Am. Journ. of. Obst.*

J. Byers. *Dublin Med. Journ.*

Kragelund. *Hospitals Tidende*, Copenhague.

Boureau. Th. Paris. *Curage de l'utérus.*

Charles. Th. Paris. *De l'antisepsie à la Maternité de Saint Louis.*

1888. **Despréaux.** Th. Paris. *Curettage de l'utérus.*

Lepage. *Traité prat. d'antisepsie applic. à la thérap. et à l'hyg. Pie obstétricale*).

Charpentier. Curage et écouvillonnage de l'utérus dans l'endométrite septique puerpérale (*Ac. de Méd.*)

Doléris. Le curettage dans le traitement des métrites puerpérales. (*Journ. de Méd.*).

Dühlmann. *Centralbl. fur. Gyn.*

Dührsen. *Arch. f. Gyn.*

Robert Bell. *Bristish. med. J.*

Wisard. Th. Paris. *Interv. dans les rétent. placentaires.*

1889. **Currier.** Curettage en gyn. et en obst. *Ann. of Gyn.*

Gaches-Sarraute (Mme) *Nouv. Arch. de Gyn. et d'Obst.*

Widal. Th. Paris, *Etude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle.*

Chartier. Th. Paris. *Curage utérin dans la septicémie puerpérale.*

Péraire. Th. Paris. *Endométrite infectieuse.*

1890. **Borel.** Curage de l'utérus dans les accidents consécutifs à l'accouchement et à la fausse couche. *Nouv. Arch. d'Obs. et de Gyn.*

Pichevin. Du curage de l'utérus. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*

Doléris. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*

1891. **Castan.** Th. Montpellier. *Traitement des accidents qui reconnaissent pour cause une infection puerpérale récente.*

J. Lucas Championnière. *Application de la méth. antiseptique aux accouchements.*

Charrier. Du curettage précoce dans l'infection puerpéra le en-

visagé comme moyen thérapeut. et prophyl. *Arch. tocol. et Arch. gyn.*
Spinelli. *Rev. clin. e. thér.* T. 7.
Porteous. *N. Y. Med. J.*
Herrgott. Tuberculose et gestation. *Ann. Gyn.*
Labadie Lagrave et Gouget. La fièvre puerpérale d'autrefois et la fièvre puerpérale d'aujourd'hui. *Ann. Gyn.*
Courty. *Traité prat. des malaaies de l'utérus.*
1892. **Macaigne.** Th. Paris. *Le Bacterium Coli commune.*
Berlin. (de Nice). *Du curettage, sa technique et sa valeur.*
Bumm. *Recherches bactér. sur l'Endom. puerp.*
Lwoff. *Endom. tub. prim.* Vratch.
1893. **Appert.** Th. Paris. *Rôle de l'organ. dans la pathogénie des maladies infectieuses.*
Basset. Th. Paris. *Septicémie puerpérale atténuée.*
Jourdan. Th. Bordeaux. *Curettage de l'utérus.*
Gaston. Th. Bordeaux.
Berliner. klin. Woch. 9 octobre.
Dublin. Journ. of. med. Sc. madden.
1894. **Denis.** Th. Paris. *Curettage précoce dans l'infection puerpérale.*
Bruneau. Th. Paris. *Curettage dans l'infection puerpérale.*
Bonnaire. *Tribune médicale (Juin).*
Zielinski. Th. Paris. *Métrite cause d'avortement.*
Tarnier. *De l'antisepsie et de l'asepsie en obstétr.*
1895. **Flandrin.** Th. Paris. *Perforation de l'utérus par la sonde.*

TABLE DES MATIÈRES.

Orléans. — Imp. G. MORAND, 47, rue Bannier